

DOUTORAMENTO

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Contributos da pesquisa-ação
participativa na transformação de uma
escola superior de enfermagem num
contexto promotor de saúde
Fernanda Príncipe Ferreira

D

2018



Fernanda Príncipe Ferreira. Contributos da pesquisa-ação participativa
na transformação de uma escola superior de enfermagem num
contexto promotor de saúde



Contributos da pesquisa-ação participativa na transformação de uma escola
superior de enfermagem num contexto promotor de saúde
Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira



Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira

Contributos da pesquisa-ação participativa na transformação de uma escola superior de enfermagem num contexto promotor de saúde

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientador – Doutora Irma da Silva Brito

Categoria – Professor Adjunto

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador – Doutora Margarida Reis Santos

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

**À Escola Superior de Enfermagem da Cruz
Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis...**

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.

Paulo Freire, 2000

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Irma Brito, minha orientadora, pelo apoio, pela disponibilidade, orientações técnicas e científicas e amizade sempre presentes, que foram determinantes para a concretização desta investigação.

À coorientadora Professora Doutora Margarida Reis Santos que pela sua visão crítica, e incentivos constantes que permitiu o crescimento ao longo deste percurso de investigação.

A todos os elementos do “grupo semente” que, demonstraram compromisso, paixão, orgulho e profissionalismo na participação neste percurso, imprescindível à realização deste estudo, o nosso muito obrigada.

À direcção, órgãos de gestão da Escola e peritos entrevistados que muito contribuíram para dar sentido aos conceitos deste estudo, manifesto gratidão.

A toda comunidade académica, docentes e não docentes e estudantes, da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, pela sua participação ativa e efetivo contributo em todas as fases do processo de investigação.

À Liliana Mota pela sua boa disposição, alegria e amizade que contribuiu fortemente para a concretização desta etapa.

Ao António Ferreira, que viu nascer esta “semente”, pela amizade sincera, incentivo e colaboração, pela constante partilha ao longo de toda a realização deste trabalho.

À minha mãe e ao meu pai, que apesar de ausente sempre o senti junto de mim e aos meus irmãos pelo incentivo e carinho.

Às minhas filhas Rita e Joana, pela vontade e carinho que sempre demonstraram na concretização deste trabalho.

Ao Henrique pelo estímulo e compreensão que sempre demonstrou.

RESULTADOS CIENTÍFICOS

Artigos Publicados (anexo I):

Príncipe, F., Mota, L. A., Brito, I. S., & Reis-Santos, M. (2017). Perfil de saúde dos estudantes de enfermagem: diagnóstico epidemiológico a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. *Revista Referência*, 91-100.

Príncipe, F., Brito, I. S., & Reis-Santos, M. (2018). Programas de promoção da saúde no ensino superior: revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1714-1723.

Publicações em eventos (Resumos):

Príncipe, F., Brito, I., Ferreira, A., & Mendes, F. (2015). Before you get burnt. Ebook Congresso CLUB HEALTH 2015, In 9th International Conference on Nightlife, Substance Use and Related Health Issues, Lisboa.

Príncipe, F., Brito, I., & Santos, M. (2015). PEER-IESS: Instituições de Ensino Superior Salutogénicas. *Evidências*, (I Supl.), 24.

Príncipe, F., Torres, A., Ferreira, A., Ferreira, M., & Pereira, H. (2016). Boas práticas em promoção de saúde mental na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, *Revista Referência*. (Supl. 9), 72

Príncipe, F., Brito, I., Santos, M., & Ferreira, A. (2016). Universidades promotoras de saúde: revisão integrativa. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, Curitiba, 811.

Príncipe, F., Ferreira, A., Torres, A., Brito, I., Mendes, F., & Pereira, H. (2016). Vulnerabilidade em Contexto Recreativo: Estudo de caso Etnográfico. *Revista Referência*. (Supl. 9), 142.

Príncipe, F., Brito, I., Santos, M., & Ferreira, A. (2016). Before you get burnt reduced damaged associated with alcohol and risk sexual behavior during academic festivities. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, Curitiba, 1792.

Príncipe, F., Brito, I., & Reis Santos, M. (2017). A transformative vision of a nursing college in healthy context. *Sigma Theta Tau International*, 15.

Príncipe, F. (2017). An Action Framework for Leading the Transformation Process. *Virginia Henderson Global Nursing e-repository*.

Apresentação oral de trabalhos:

Príncipe, F.; Brito, I.; Ferreira, A.; Mendes, F. Before you get burnt. Congresso CLUB HEALTH 2015, In 9th International Conference on Nightlife, Substance Use and Related Health Issues, Lisboa (Comunicação oral).

Príncipe, F. PEER: Instituições de Ensino Superior Saluogénicas. II Conferência Internacional de Investigação em Saúde, 2015. Oliveira de Azeméis. (Comunicação oral).

Príncipe, F.; Torres, A.; Ferreira, A.; Brito, I.; Mendes, F.; Pereira, H. Vulnerabilidade em Contexto Recreativo: Estudo de caso Etnográfico. (2016). V Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Unidade de Investigação em ciências de saúde: Enfermagem (UICISA: E).Coimbra (Comunicação oral).

Príncipe, F.; Reis Santos, M.; Brito, I. Nursing schools as healthy settings: Contributions of participatory health research. 2016. ICPHR | Seventh Annual Working Meeting, Malmö University, Suécia (Comunicação oral).

Príncipe, F.; Torres, A.; Ferreira, A.; Ferreira, M.; Pereira, H. Boas práticas em promoção de saúde mental na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa. 2016. Simpósio Internacional de cuidados de saúde baseados na Evidência e 5º Congresso de Investigação em enfermagem Ibero Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Unidade de Investigação em ciências de saúde: Enfermagem (UICISA: E).Coimbra (Comunicação oral).

Príncipe, F., Brito, I., Santos, M., Ferreira, A. Universidades promotoras de saúde: revisão integrativa. 22º Conferência Mundial de Promoção da Saúde Promovendo Saúde e Equidade, 2016. São Paulo, Curitiba (Comunicação oral).

Príncipe, F., (2017). PEER-IESS – um modelo de instituições de ensino superior salutogénicas. In III Conferência Internacional de Investigação em saúde: Promover a saúde através da investigação, Oliveira de Azeméis (Conferência).

Príncipe, F., Novais, S., Ferreira, A., Mota, L., Carvalhais, M., & Pereira, H. (2017). Before you get burnt: evaluation of a peer-to-peer health promoting intervention. In The international council of nurses 26th quadrennial congress: nurses at the forefront transforming care, Barcelona (Poster).

Príncipe, F. (2017). Cidades universitárias e intervenções nas festas académicas e festivais: Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa- Oliveira de Azeméis, In 10 anos do projecto antes que te queimes, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra (Conferência).

Príncipe, F. Brito, I., & Reis Santos, M. (2017). A transformative vision of a nursing college in healthy context, In Sigma Theta Tau International - 3rd postgraduate research student virtual scholarly event: nursing and midwifery research across europe, Sweden (Comunicação Oral).

Príncipe, F. (2017). An Action Framework for Leading the Transformation Process, In Sigma Theta Tau International – 28th international nursing research congress, Dublin (Simpósio).

Príncipe, F. (2017). Validação do PEER-IESS numa escola de enfermagem, In III Curso internacional de pesquisa ação participativa em saúde e Conferência Participação, estilos de vida e bem estar no ensino superior, Coimbra (Conferência).

RESUMO

As instituições de ensino superior promotoras de saúde são contextos onde as pessoas vivem e experimentam diferentes aspetos das suas vidas, formando indivíduos, futuros profissionais e decisores políticos com potencial para influenciar as condições que afetam a qualidade de vida das pessoas. São espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde: melhorando o perfil de saúde da comunidade educativa através do desenvolvimento do ensino, investigação e partilha de conhecimentos; contribuindo para o bem-estar e sustentabilidade da comunidade; e avaliação da eficácia dos programas de intervenção. Pretendemos avaliar o processo de transformação de uma escola superior de enfermagem numa instituição de ensino superior promotora de saúde, através da utilização do modelo PEER-IESS (Brito & Mendes, 2009) e analisar os contributos do envolvimento dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem na pesquisa-ação participativa em saúde na aquisição de competências para o exercício da profissão. O estudo aplica a pesquisa-ação participativa em saúde, na transformação de uma instituição de ensino superior de enfermagem, num contexto promotor da saúde, pela participação ativa de todos. O estudo decorreu de 2012 a 2016, recorrendo à análise documental, focus group, entrevistas, questionários e observação participante. Os dados quantitativos foram sujeitos a tratamento estatístico descritivo e inferencial; e os qualitativos a análise de conteúdo. O processo de transformação da Escola Superior de Enfermagem promoveu o desempenho socioecológico, cultural, político, ético e deontológico, científico e de aperfeiçoamento contínuo e, ainda, o envolvimento dos estudantes, tendo em vista a aquisição de competências para o exercício da profissão. A sustentabilidade do processo é contexto dependente, dado que a política institucional tem impacte significativo no processo transformativo, alicerçado nos seus recursos humanos com competências específicas na área da promoção da saúde e recursos financeiros adequados. Esta visão transformadora permitiu uma cultura académica saudável com maior envolvimento da comunidade académica e parceiros comunitários durante o tempo necessário para a transição organizacional, pela inovação nos programas educacionais, avaliação do impacte das estratégias de planeamento e desenvolvimento curricular, como parte integrante do projeto educativo.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Enfermagem; Estilo de Vida Saudável; Educação Superior.

ABSTRACT

Health promoting higher education institutions are contexts where people live and experience different aspects of their lives, forming individuals, future professionals and policy makers with the potential to influence the conditions that affect people's quality of life. These are privileged spaces for the creation of a health promotion context: improving the health profile of the entire educational community through the development of teaching, research and knowledge sharing; contributing to the well-being and sustainability of the community; and for evaluating the effectiveness of intervention programs. We intend to evaluate the process of transformation of a nursing school in a higher education institution that promotes health using the PEER-IESS (Brito & Mendes, 2009) model and to analyze the contributions of the students' involvement in the undergraduate nursing course in participatory health research in the acquisition of competencies for the exercise of the profession. The study uses the participatory health research as a way to study the transformation of a nursing higher education institution, in a context that promotes health, by the active participation of all. The study ran from 2012 to 2016 using document analysis, focus group, interviews, questionnaires and participant observation. The quantitative data were analyzed by descriptive and inferential statistical treatment and qualitative data were analyzed through content's analysis. The process of transforming the Nursing School into a health promotion context has promoted socioecological, cultural, political, ethical and deontological, scientific and continuous improvement performance, as well, the involvement of students, with a view to acquiring skills to practice the profession. The sustainability of the process is a dependent context since the institutional policy has a significant impact on the course of the transformative process, based on its qualified human resources and with specific competences in the area of health promotion and financial resources appropriate. This transformative vision allowed an academic healthy culture with greater development and involvement of the entire academic community and community partners during all the time necessary for the organizational transition, by innovation in educational programs, evaluation of the impact of curricular planning and development strategies, as an integral part of the educational project.

Keywords: Health Promotion; Nursing; Healthy Lifestyle, Education, Higher.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACHA – American College Health Association

AFC – Análise Fatorial de Correspondência

cfr. - confrontar

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem

CPGASS - Curso Pós-Graduação em Administração de Serviços de Saúde

CPLEE - Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

CPLEESMP - Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

CPLEEMC - Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

CPLEER - Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

CPLEESMO - Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DP – Desvio Padrão

EpS – Educação para a Saúde

ESEnfCVPOA – Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azémeis

GAEIVA – Gabinete de Apoio ao Estudante e Inserção na Vida Ativa

GPSC – Gabinete de Prestação de Serviços à Comunidade

ICPHR - *International Collaboration for Participatory Health Research*

IES – Instituições de Ensino Superior

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

IRAMUTEQ - *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

IREFREA - Instituto Europeu para o Estudo dos Factores de Risco em Crianças e Adolescentes

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

Km² - Quilómetro quadrado

Máx – Máximo

Mín – Mínimo

nº - Número

NUT - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OUC – Organização da Unidade Curricular

p. - página

PaPS - Pesquisa-Ação Participativa em Saúde

PEER-IESS - *Peer-Education Engagement & Evaluation Research* – Instituições de Ensino Superior Salutogénicas

PRECEDE-PROCEED - *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/ecological Diagnosis and Evaluation) (Policy, Regulatory, Organizational, Constructor in Educational and Environmental Development*

PrS – Promoção da Saúde

Q - Questão

QBEP – Questionário de Bem-Estar Psicológico

RSES - *Rosenberg Self-Esteem Scale*

SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida

SP – Saúde Pública

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SPHPHE - *Standards of Practice for Health Promotion Higher Education*

UC – Unidade curricular

UPS – Universidades Promotoras de Saúde

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Horas de PrS no plano de estudos na componente teórica	92
Tabela 2: Competências de PrS previstas no plano de estudos na componente ensino clínico	93
Tabela 3: Síntese das atividades da PrS de extensão à comunidade	96
Tabela 4: Motivos da falta dos estudantes	98
Tabela 5: Classificação dos estilos de vida dos estudantes	99
Tabela 6: Estatística descritiva do estilo de vida dos participantes	100
Tabela 7: Intercorrelações dos domínios - FANTASTICO	101
Tabela 8: Análise das correlações dos domínios com os scores globais do FANTASTICO	102
Tabela 9: Análise das diferenças do sexo e os domínios do FANTASTICO	103
Tabela 10: Matriz das intercorrelações das questões da escala de Autoestima	104
Tabela 11: Estatística descritiva da autoestima dos estudantes.....	104
Tabela 12: Análise das diferenças do sexo e autoestima	105
Tabela 13: Análise de variância da intenção em alterar os vícios face à Autoestima e FANTASTICO.....	106
Tabela 14: Bem-estar psicológico dos estudantes.....	109
Tabela 15: Intercorrelações do bem-estar psicológico dos estudantes	109
Tabela 16: Análise das diferenças do sexo e o bem-estar psicológico.....	110
Tabela 17: Estatística descritiva do estilo de vida dos colaboradores	112
Tabela 18: Estatística descritiva da autoestima dos participantes	113
Tabela 19: Distribuição percentual dos docentes e não docentes - autoestima	113

Tabela 20: Identificação dos contextos recreativos e descrição dos clientes	119
Tabela 21: Acesso e segurança do local e supervisão dos clientes que acedem aos contextos recreativos	119
Tabela 22: Caraterização do Staff.....	120
Tabela 23: Condições de segurança e de saúde dentro dos contextos recreativos	120
Tabela 24: Medidas de prevenção, controlo ou incentivo ao consumo de álcool	121
Tabela 25: Estatística descritiva das questões sobre saídas noturnas.....	123
Tabela 26: Importância das razões, na escolha de um local, quando sai à noite	124
Tabela 27: Frequência com que os estudantes têm relações sexuais e em que circunstâncias.....	125
Tabela 28: Tipo de consumo de bebidas alcoólicas numa saída habitual	128
Tabela 29: Análise comparativa das horas de PrS dos planos de estudo na componente teórica.....	151
Tabela 30: Análise das diferenças relativas à autoestima, estilos de vida e bem-estar psicológico.....	158
Tabela 31: Estatística descritiva do bem-estar psicológico dos estudantes no 1º e 4º ano.	159

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tipos de abordagens de Promoção da Saúde.....	36
Figura 2: Fluxograma representativo da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa	42
Figura 3: Modelo PEER-IESS	46
Figura 4: Modelo PRECEDE-PROCEED	47
Figura 5: Modelo conceptual da investigação	69
Figura 6: Síntese das etapas, atividades e procedimentos utilizados na investigação.....	73
Figura 7: Roteiro para o <i>Worldcafé</i>	78
Figura 8: Síntese das unidades de análise e respetivos indicadores	82
Figura 9: Cooperação da ESEnfCVPOA com instituições do concelho de Oliveira de Azeméis.....	94
Figura 10: Dendograma – Processo de pesquisa-ação participativa	146
Figura 11: Árvore das similitudes - Processo de pesquisa-ação participativa	149
Figura 12: Dendograma - Integração com a missão da IES	161
Figura 13: Árvore das similitudes - Integração com a missão da IES	164
Figura 14: Árvore das similitudes - Prática de abordagem socioecológica	166
Figura 15: Árvore das similitudes - Prática colaborativa	167
Figura 16: Árvore das similitudes – Competência cultural	169
Figura 17: Árvore das similitudes – Prática baseada na teoria	170
Figura 18: Árvore das similitudes – Prática baseada na evidência	172
Figura 19: Dendograma - aperfeiçoamento profissional e prática ética	173
Figura 20: Árvore das similitudes – Aperfeiçoamento profissional e prática ética	175

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Competências de PrS dos planos de estudo na componente ensinos clínicos ..152

Gráfico 2: Distribuição das unidades de registo pelo Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais..... 181

ÍNDICE GERAL

1. INTRODUÇÃO	31
2. ENQUADRAMENTO	35
2.1. O conceito de promoção da saúde	35
2.1. Ensino Superior como contexto de promoção de saúde	37
2.1.1. O movimento das instituições de ensino superior promotoras de saúde	39
2.1.2. Programas de promoção da saúde no ensino superior	41
2.1.3. PEER-IESS Instituições de Ensino Superior Salutogénicas	45
2.2. Promoção de saúde no ensino superior numa perspetiva de transição organizacional	48
2.3. A promoção da saúde no ensino de enfermagem	51
2.4. Boas práticas para a avaliação e garantia da qualidade no ensino da promoção da saúde	55
2.5. O desenvolvimento de competências profissionais na promoção de saúde	58
3. METODOLOGIA	63
3.1. Finalidade e objetivos	65
3.2. Desenho do estudo: pesquisa-ação participativa em saúde	66
3.3. Contexto do estudo	69
3.4. Seleção dos participantes	71
3.5. Estratégias de recolha de dados	72
3.6. Tratamento e análise dos dados	79

3.7.	Considerações éticas	85
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	89
4.1.	Diagnóstico social	89
4.2.	Diagnóstico epidemiológico	97
4.3.	Diagnóstico comportamental e ambiental	118
4.4.	Diagnóstico educacional e organizacional	132
4.4.1.	Fatores predisponentes	133
4.4.2.	Fatores facilitadores	135
4.4.3.	Fatores de reforço	136
4.5.	Diagnóstico político e administrativo	139
4.6.	Avaliação de processo	141
4.6.1.	Narrativa das atividades realizadas	142
4.7.	Avaliação dos resultados	149
4.7.1.	Evolução do plano de estudos	150
4.7.2.	Evolução da cooperação interinstitucional	152
4.7.3.	Evolução dos projetos de promoção da saúde	154
4.7.4.	Avaliação da satisfação dos estudantes com a IES	157
4.7.5.	Perfil de saúde dos estudantes finalistas	157
4.8.	Avaliação de impacto	159
4.8.1.	Avaliação do processo de transformação da escola superior de enfermagem numa instituição de ensino superior promotora de saúde	159
4.8.2.	Avaliação dos contributos do processo de implementação do PEER-IESS na aquisição de competências para o exercício da profissão	176
5.	FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	187
6.	CONCLUSÃO	195

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	201
8. ANEXOS.....	217

ANEXO I: Publicação de artigos

ANEXO II: Curso de formação para capacitação do “grupo semente”

ANEXO III: Guião de Observação participante dos contextos recreativos

ANEXO IV: Questionários

ANEXO V: Entrevistas

ANEXO VI: Autorização do Presidente do Conselho de Direção da ESEnfCVPOA

ANEXO VII: Consentimento Informado

ANEXO VII: Autorização dos autores dos questionários

1. INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado surgiu de motivações e reflexões ligadas a um percurso pessoal e profissional como docente, impulsionado pela vontade de contribuir para o desenvolvimento e mudança de paradigma nas instituições de ensino superior de enfermagem. Desde muito cedo desenvolvemos a consciência da responsabilidade que estas instituições detêm na formação do capital humano e do valor acrescido em que estes se traduzem para a sociedade e profissão de enfermagem. É nossa convicção que as instituições de ensino superior, enquanto promotoras de saúde, alicerçam-se nas relações que se estabelecem entre estudantes, docentes e não docentes, tornando-se espaços mais inclusivos, transparentes, participativos e reflexivos, fomentando a aprendizagem ao longo da vida, a harmonização entre a vida pessoal e profissional e o sentimento de pertença e satisfação por parte de toda a comunidade académica. Este estudo representa mais um contributo para um trabalho iniciado com a dissertação de mestrado em que a nossa preocupação se centrou na mudança “(...) como conceito chave, dando lugar à inovação pedagógica requalificação das práticas educativas” (Ferreira, 2000), numa perspetiva psicossocial das instituições públicas e privadas das escolas superiores de enfermagem.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016a) advoga que a capacidade e infraestruturas para o planeamento e implementação de políticas e programas multissetoriais de promoção da saúde deve ser fortalecida na maioria das regiões, mas grande parte dos países não têm políticas e recursos humanos ou financeiros necessários para a promoção da saúde eficaz e sustentável para contrariar os riscos e os seus determinantes subjacentes. Esta abordagem tem sido aplicada com sucesso em muitas escolas de ensino básico e pré-universitário em todo o mundo. No ensino superior o processo não foi tão amplo. Em Portugal, as comunidades universitárias e do ensino superior estão excluídas do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015). Por esta razão, existe a necessidade urgente dos sistemas de saúde se orientarem mais para a promoção da saúde e para aumentarem a capacidade das comunidades promoverem a saúde. O desenvolvimento de estratégias inovadoras para garantir o financiamento sustentável e perfis de promoção da saúde precisos e atualizados, o fortalecimento da educação e da formação, ampliam a base de evidências para a promoção da saúde.

Consideramos que a advocacia e mobilização social (ampla gama de parceiros, incluindo a comunidade em geral) em torno da promoção da saúde são vitais para a criação e

operacionalização de políticas eficazes e multissetoriais. Daí que os governos devam desempenhar um papel mais ativo no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e os ministérios da saúde de cada país assumam a liderança, defendendo o desenvolvimento e adoção dessas políticas (WHO, 2016a).

As instituições de ensino superior (IES) são organizações poderosas que influenciam e lideram processos de mudança, inovação e transformação das sociedades, através das suas infraestruturas, redes complexas e autonomia (Sirakamon, Chontawan, Akkadechanun, & Turale, 2013). Neste sentido, podemos afirmar que, no âmbito da profissionalização das pessoas e no momento de transição para a vida adulta, se for dado maior enfoque às atividades de promoção da saúde, poderemos esperar uma sociedade, no futuro, mais saudável e mais geradora de saúde e bem-estar.

O estudo que realizámos e que apresentamos está centrado nas instituições de ensino superior promotoras de saúde e na concetualização do processo de transformação de uma instituição de ensino superior de enfermagem num contexto promotor de saúde, ativado pelo envolvimento de um “grupo semente” num processo de pesquisa ação participativa em saúde, que também potencia a aquisição de competências para o exercício profissional. Em resultado do exposto, alicerçamos conceptualmente o nosso estudo no modelo de intervenção PEER-IESS (*Peer-Education Engagement & Evaluation Research* – Instituições de Ensino Superior Salutogénicas) desenvolvido por Brito e Mendes (2009).

Esta tese descreve o percurso de investigação, em que se pretende avaliar o processo de transformação de uma escola superior de enfermagem numa instituição de ensino superior promotora de saúde, através da utilização do modelo PEER-IESS e analisar os contributos do envolvimento dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem na pesquisa-ação participativa em saúde na aquisição de competências para o exercício da profissão.

Em termos de organização geral, este documento está dividido em cinco partes: enquadramento, metodologia, resultados e discussão, formulação de políticas de promoção da saúde e conclusão. No enquadramento apresentamos a revisão da literatura sobre as principais abordagens teóricas da promoção da saúde, do modelo conceptual que suporta a criação do movimento das IES promotoras de saúde, as responsabilidades do ensino superior de Enfermagem em termos de promoção da saúde e o desenvolvimento de competências profissionais nesta área e o papel das instituições de ensino superior na mudança, transformação das organizações e da transferência de conhecimento e empoderamento da comunidade. Na metodologia abordamos as questões centradas no desenho do estudo, as nossas opções na seleção dos participantes, nas estratégias de recolha, tratamento e análise dos dados, assim como, as considerações éticas. Os

resultados e discussão estão organizados numa perspetiva temporal de acordo com as etapas do modelo PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005), que também nos orientou nas estratégias de recolha e análise dos dados, conforme preconiza o modelo PEER-IESS. A discussão dos resultados foi realizada ao longo da sua apresentação procurando a melhor evidência para a sua fundamentação. De seguida, apresentamos a formulação de políticas de promoção da saúde adotadas pela instituição de ensino superior de enfermagem e a conclusão na qual apresentamos as principais conclusões, limitações e implicações para a prática, bem como, os desenvolvimentos futuros.

No domínio das instituições de ensino superior promotoras de saúde e, no contexto português, não identificamos nenhuma referência a um modelo que promovesse a transformação de uma instituição do ensino superior de enfermagem num contexto promotor de saúde. Assim, a incorporação da comunidade académica em todo o processo transformador numa perspetiva *bottom-up*, pela pesquisa ação participativa em saúde, revela-se como um processo de capital relevância no sucesso do processo de implementação, assim como, no desenvolvimento de competências profissionais.

2. ENQUADRAMENTO

Neste capítulo efetua-se um enquadramento teórico ao conceito de promoção da saúde, ao ensino superior como contexto promotor de saúde, nomeadamente, o movimento das instituições de ensino superior promotoras de saúde, as intervenções implementadas nos programas de promoção da saúde e o modelo de PEER-IESS como um modelo de pesquisa ação participativa para ativar e capacitar comunidades de ensino superior. Aborda-se o conceito de transição organizacional para compreender o impacto que as mudanças organizacionais têm na vida dos estudantes de ensino superior, concretamente, no ensino da enfermagem. Emerge ainda uma análise das boas práticas para avaliação e garantia da qualidade no ensino da promoção da saúde e o desenvolvimento de competências profissionais na promoção da saúde.

2.1. O conceito de promoção da saúde

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016b; WHO, 1986) define promoção da saúde como um processo de capacitar as pessoas para aumentarem o autocontrolo e/ou, para melhorarem a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (WHO, 1986). A promoção da saúde está para além da prestação de cuidados de saúde, integrando as decisões políticas com a definição de políticas de promoção da saúde baseadas na identificação de obstáculos para a adopção de políticas públicas em setores não estritamente de saúde, e propostas para os ultrapassar (WHO, 1986).

A promoção da saúde exige a criação de ambientes favoráveis para que se criem condições de vida e de trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis. Espaços promotores de saúde são contextos de intervenção onde se dinamizam estratégias multinível e se mobilizam conhecimentos para a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis (WHO, 2016b; WHO, 2016c). Esses contextos integram um conjunto de dinâmicas sociais onde diferentes atores aprendem, trabalham, socializam e aproveitam o seu tempo de trabalho ou lazer e serviços disponíveis em prol da saúde individual e coletiva, tornando-se

ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento sustentável (Dooris, Wills, & Newton, 2014).

Com a promoção da saúde pretende-se a capacitação das populações para que sejam capazes de promoverem o seu potencial de saúde. Este processo de capacitação implica uma abordagem que, para além de se centrar no comportamento individual, inclui intervenções sociais e ambientais diversificadas. Scriven (2010) refere que não existe uma só abordagem de promoção da saúde (PrS) pois variam de acordo com o código de conduta profissional, com os valores e com a avaliação das necessidades dos sujeitos-alvo da intervenção. A autora identifica e descreve cinco abordagens de PrS, que se encontram resumidas na tabela seguinte.

Tipo de Abordagem	Descrição
Médica	Promove a intervenção para prevenir a doença e melhorar a saúde, procurando evitar os problemas ou deficiências que possam resultar de situações medicamente definidas. Apoia-se nos conceitos e intervenções de âmbito sanitário e na plena aceitação, por parte dos indivíduos, das prescrições que lhe são feitas.
Comportamental	Tem como alvo a mudança de comportamento individual, através da definição de estratégias para influenciar atitudes e obter a respetiva mudança de comportamento. Promove a adoção de estilos de vida saudáveis, definidos pelos profissionais responsáveis pela intervenção.
Educacional	Preocupa-se com o aumento dos conhecimentos dos indivíduos sobre os fenómenos de saúde e doença, visando que as decisões que venham a tomar acerca da sua própria saúde sejam bem informadas e fundamentadas. Apoia-se na relação que se estabelece entre a causa e o efeito dos fatores que podem afetar a saúde dos indivíduos, nos seus valores e atitudes e no desenvolvimento de competências para uma vida saudável.
Ambiental	Considera o contexto como um determinante da condição de saúde ou de doença. Assume que o ambiente físico e social influencia a escolha do estilo de vida da pessoa em termos de saúde. Apoia-se na ação política e social para mudar o ambiente físico e social com o pressuposto de que, essa alteração no ambiente, promova a mudança de comportamento individual no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis.
Centrada no Cliente	Neste tipo de abordagem o importante é o empoderamento do indivíduo/grupo/comunidade para promover a sua saúde. Ajuda as pessoas a adquirir competências para escolhas informadas e responsáveis. É a única abordagem bottom-up. O cliente é visto como um parceiro no processo de promoção da saúde.

Figura 1: Tipos de abordagens de Promoção da Saúde (Scriven, 2010)

Os comportamentos e atitudes relacionados com o estilo de vida encontram-se, na literatura da especialidade, agrupados em duas grandes categorias que podem assumir designações diferentes, ainda que equivalentes (Schwarzer & Luszczynska, 2006; Adelman, 2005; Cockerham, 2005; Ogden, 2004; Steptoe & Wardle, 2001; Alwal, 1997).

1. Atitudes/comportamentos promotores da saúde designados de imunogénicos, salutogénicos, saudáveis, protetores ou determinantes comportamentais positivos como, por exemplo, vacinação, abstinência tabágica e alcoólica, equilíbrio energético, prevenção rodoviária, planeamento familiar, meditação e outros que visam proteger e otimizar o estado de saúde.
2. Atitudes e comportamentos de dano para a saúde designados de patogénicos, de risco ou determinantes comportamentais negativos como, por exemplo, dependências químicas e não químicas, práticas sexuais não seguras,

automedicação, má higiene do sono, entre muitos outros, com evidência de serem prejudiciais para a saúde.

A promoção da saúde ajuda a reduzir a mortalidade, abordar os principais fatores de risco e determinantes da saúde subjacentes, ajuda a fortalecer e torna sustentáveis os sistemas de saúde e coloca a saúde no centro da agenda de desenvolvimento global.

Na atualidade a maioria dos países encontra-se em transformação social, como resultado do crescimento populacional, envelhecimento e urbanização, juntamente com as mudanças ambientais. Neste contexto, os processos de saúde e doença são muitas vezes acelerados pela globalização do comércio e comunicação assim como emergências complexas. Daí que novas abordagens são necessárias, tendo em conta estas alterações, a fim de abordar os determinantes da saúde (WHO, 2016b). Para concretizar estes objetivos, a OMS recomenda estratégias de promoção da saúde para os sistemas sociais relacionados com a saúde (ambientes onde as pessoas vivem), com atividades criativas e eficazes para melhorar a saúde e qualidade de vida. Nesta perspetiva a promoção da saúde sustenta-se no desenvolvimento e aplicação de políticas públicas saudáveis e na criação de ambientes promotores de saúde que melhorem as condições sociais e habilidades pessoais positivas consolidando os estilos de vida saudáveis.

2.2. Ensino Superior como contexto de promoção de saúde

As instituições de ensino superior (IES) são contextos onde as pessoas vivem e experimentam diferentes aspetos das suas vidas, formam indivíduos, futuros profissionais e decisores políticos com potencial para influenciar as condições que afetam a qualidade de vida das pessoas. Ocupam na sociedade uma posição de vanguarda pedagógica, científica e tecnológica, sendo desejável que, em relação à aquisição de aptidões dos estudantes, coexista um investimento na plenitude do desenvolvimento humano, que só se atingirá se o sistema educativo investir em saúde (Orme & Dooris, 2010). A maioria dos estudos sobre a saúde dos estudantes realizados em instituições de ensino superior foca-se nos comportamentos de dano para a saúde ou patogénicos, assumindo que as modificações estruturais inerentes às transições de vida (e.g., entrada no sistema de ensino, primeiro emprego, casamento) constituem-se determinantes na adoção e manutenção de comportamentos saudáveis (Soares, Pereira, & Canavarro, 2014; Matos, 2007, 2005).

A saúde e o bem-estar são fatores determinantes no desenvolvimento económico, social e pessoal dos indivíduos, suas famílias e comunidades que integram, reconhecendo-se que a

saúde é um direito humano fundamental (WHO, 2009). Os comportamentos e as atitudes de saúde que integram o estilo de vida da pessoa e dos grupos sociais agregam um conjunto de variáveis que influenciam a saúde e o bem-estar. Por isso, as transições no ciclo de vida que comportam mudanças estruturais significativas, de que é exemplo a transição para o ensino superior, constituem fator de risco ou de proteção na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, na promoção da saúde.

As Universidades Promotoras de Saúde (UPS) são espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde para a comunidade educativa, melhorando o perfil de saúde através do desenvolvimento do ensino, da investigação e da partilha de conhecimentos, contribuindo também, para o bem-estar e sustentabilidade da comunidade em geral e, ainda, para a avaliação da eficácia dos programas de intervenção (Okanagan Charter, 2015).

Para Tsouros, Dowding, Thompson e Dooris (1998) existem critérios que caracterizam as universidades que adotam os princípios de contextos promotores de saúde:

- Assumir um compromisso institucional de promoção da saúde, envolvendo toda a comunidade educativa para influenciar a cultura organizacional, as estruturas e as práticas, criando um contexto de ensino/aprendizagem saudável;
- Promover o bem-estar dos colaboradores, aplicando os princípios da saúde ocupacional;
- Desenvolver e aplicar conhecimentos relacionados com a saúde, dando cumprimento à sua missão científico-tecnológica; desenvolver a literacia crítica em saúde dos estudantes, futura geração, futuros cidadãos e futuros políticos;
- Desenvolver a responsabilidade pessoal e social dos estudantes, aumentando o potencial de saúde e bem-estar social;
- Advogar pelo bem-estar da comunidade local, nacional e global, considerando-se como um recurso da comunidade.

Para além destes princípios, as UPS têm a responsabilidade de trabalhar no sentido de capacitar os estudantes, promovendo o autocontrolo e, conseqüentemente, melhorar a saúde e reorientar o foco dos serviços de saúde, dando prioridade à promoção da saúde e prevenção da doença, pela integração de um vasto leque de atividades e programas educacionais (Xiangyang, et al., 2003). Estas atividades e programas oferecem oportunidades únicas no sentido de cada instituição exercer a sua influência na saúde e bem-estar dos seus membros e da comunidade, contribuindo para a literacia e capacitação dos indivíduos no domínio da saúde. Mas o sucesso do movimento das UPS tem dependido

da sua capacidade para integrar um compromisso com a saúde no âmbito das políticas e práticas das instituições de ensino superior (Stock, Milz, & Meier, 2010).

As IES possuem potencial para contribuir para a saúde em três áreas distintas, através da criação de ambientes de trabalho, aprendizagem e vivências saudáveis para estudantes, docentes e não docentes; ampliar a importância da saúde, promoção da saúde e da saúde pública no ensino e na investigação; estabelecer redes e parcerias para a promoção da saúde e intervenção comunitária.

2.1.1. O movimento das instituições de ensino superior promotoras de saúde

O movimento de IES promotoras de saúde, na Europa, teve início na Oficina Regional da OMS com base na iniciativa dos ambientes saudáveis em escolas, universidades, cidades, organizações profissionais, hospitais e outros contextos, com intuito de incentivar a promoção da saúde, com estratégias de intervenção populacional, com especial realce para os comportamentos dos indivíduos e comunidades em risco (Arroyo & Rice, 2009). O mesmo autor refere que paralelamente, nos anos 90, o movimento ganhou força igualmente na América Latina.

Em 1995 a University of Central Lancashire no Reino Unido, promoveu uma iniciativa que esteve na base da primeira proposta de universidades promotoras de saúde, fazendo parte do movimento mais amplo designado “Contextos Saudáveis”. Segundo Dooris e Doherty (2010a) as universidades podem ser espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde, melhorando o perfil de saúde da comunidade educativa, através do desenvolvimento do ensino, da investigação e da partilha de conhecimentos; contribuindo para o bem-estar e sustentabilidade da comunidade em geral; e para a avaliação da eficácia dos programas de intervenção. Neste sentido, constituir-se-iam como uma mais-valia para os estudantes, colaboradores e comunidades envolventes, bem como para as empresas ou entidades que contratassem os seus diplomados e, também, para os grupos comunitários que usufruíssem dos seus serviços (WHO, 2016d; Tsouros, et al., 1998). Dooris (2005), tendo por base o trabalho desenvolvido por Tsouros e colaboradores (1998) propõe um quadro concetual que contribui, para a criação de contextos saudáveis. O quadro concetual, segundo o mesmo autor, caracteriza-se por um modelo ecológico de saúde pública que problematiza a compreensão da saúde como um conceito holístico, determinado por uma interação complexa influenciada por fatores ambientais, organizacionais e pessoais, motivando o desenvolvimento de contextos de apoio nos lugares onde as pessoas vivem; por uma perspetiva sistémica, reconhecendo a interconetividade e sinergias entre diferentes componentes e pontos de vista como sistemas dinâmicos com *inputs*, processamentos e *outputs*, afastando-se da perspetiva reducionista acerca de problemas singulares, fatores de

risco e causalidade linear e, por último, por uma abordagem holística, recorrendo à organização e desenvolvimento da comunidade para introduzir e gerir a mudança dentro do contexto, preocupando-se em assegurar ambientes vivenciais de trabalho e de aprendizagem que promovam a saúde e a produtividade, integrem a saúde e bem-estar dentro da cultura e atividades económicas e da comunidade em geral.

O movimento das UPS, nos 10 anos de implementação Ibero-americana, demonstrou-se uma iniciativa idónea no fortalecimento da saúde de acordo com os desígnios da promoção da saúde (Arroyo-Acevedo, Landazabal, & Pino, 2014). Este movimento referencia seis postulados que sugerem o papel e o funcionamento das universidades no âmbito da promoção da saúde:

1. As universidades, pela sua natureza, são essenciais para aumentar a sensibilização e conscientização das estratégias de promoção da saúde junto das autoridades e comunidades académicas, setores governamentais e não-governamentais, formadores de opinião pública e sociedade em geral, através de propostas, programas, projetos e outras ações que articulam esforços, recursos e experiências para promover positivamente a saúde;
2. As IES são chamadas a incorporar na sua missão, visão ou planos estratégicos, os valores da promoção da saúde como um processo transversal de desenvolvimento institucional, com impacte positivo no desenvolvimento humano integral, melhoria da qualidade de vida de seus membros (estudantes, docentes e funcionários) e os projetos como determinantes do desenvolvimento local;
3. O desenvolvimento de uma cultura de promoção de saúde no nível universitário requer vontade política institucional, que é traduzida na formulação de políticas que garantam o processo de sustentabilidade, desenvolvimento de estruturas e programas UPS com talento, recursos humanos qualificados e recursos financeiros para garantir a sistematização e permanência das ações;
4. As iniciativas da UPS devem procurar a integração intersectorial e multidisciplinar na conceptualização, nas abordagens e na fase operacional das suas ações;
5. É imperativo a ligação das universidades com o ambiente externo, em relação ao desenvolvimento de projetos de serviços, investigação e capacitação. Os projetos e iniciativas de promoção da saúde comprometem-se a redimensionar o seu alcance, de forma a integrar as ações vinculativas determinantes da saúde, esforços de saúde, o público em geral e as mudanças culturais necessárias em favor da promoção da saúde;
6. Existe um compromisso de expandir os espaços de reflexão e ação para gerar e mobilizar compromissos nos vários grupos, redes sociais, de forma a influenciar a

vontade política, com o propósito de assumir a promoção da saúde como uma prioridade da universidade e do estado.

Numa investigação desenvolvida no Reino Unido com universidades e respetivos parceiros, Dooris e Doherty (2010b) concluíram que as UPS constituem um enorme potencial com impacto positivo sobre a saúde e o bem-estar dos estudantes, colaboradores docentes e não docentes e a comunidade em geral, através da educação, pesquisa, intercâmbio de conhecimento e da prática institucional. Identificaram que o modelo de UPS permitiu, naquelas que o adotaram: criar um ambiente sustentável de trabalho, de aprendizagem e de vida para os estudantes, os docentes e restantes colaboradores e visitantes; aumentar o perfil da saúde e o desenvolvimento sustentável pelo ensino, pesquisa e partilha de conhecimentos; contribuir para a saúde e sustentabilidade da comunidade em geral; avaliar o seu trabalho, construindo evidências da eficiência das intervenções de promoção da saúde e da aprendizagem colaborativa. Concluíram ainda que neste modelo estavam subjacentes valores como respeito pela diversidade e equidade; participação e empoderamento; parcerias de trabalho (dentro e fora da instituição); sustentabilidade; visão holística da saúde e bem-estar; prática baseada na evidência e evidência baseada na prática; e, por último, aprendizagem e partilha de conhecimento. Os mesmos autores, como síntese deste estudo, advogam que as UPS são uma abordagem transformativa das instituições que se focam apenas na capacitação para a profissão. Defendem ainda que uma comunidade educativa que se assume como contexto promotor de saúde atinge dois propósitos: formar profissionais/cidadãos mais saudáveis e mais preocupados com o bem-estar coletivo.

Coffey e Coufopoulos (2010) e Meier, Stock e Kramer (2006) propõem, ainda, que um *curriculum* promotor de saúde deve seguir os verdadeiros princípios da promoção da saúde, ou seja, permitir que as pessoas tenham maior controlo sobre a sua saúde, incluindo abordagens participativas para a tomada de decisão relacionada com a saúde e bem-estar.

2.1.2. Programas de promoção da saúde no ensino superior

Com o objetivo de caracterizar as intervenções dos programas de promoção da saúde implementados em UPS e analisar os resultados das intervenções dos programas de promoção da saúde, realizou-se uma revisão integrativa sobre programas de intervenção no ensino superior. Procurou-se identificar a concordância com os requisitos dos contextos promotores de saúde, o nível de participação dos intervenientes, os resultados da intervenção mais evidenciados e de que forma esses programas transformaram a universidade e a comunidade (Ferreira, Brito & Reis-Santos, 2018).

Foram encontrados 803 artigos e identificados, pelo título, 165 estudos, dos quais excluímos 148 pela leitura do resumo, tendo sido incluídos 17 artigos. Os artigos excluídos apresentavam no resumo ou no título os descritores PrS, mas referiam-se a estudos descritivos sobre comportamento, percepções ou opiniões dos estudantes universitários sobre temas relacionados com a saúde mas não apresentavam resultados sobre programas de intervenção ou sua eficácia (Figura 2). Excluímos também os estudos epidemiológicos e metodológicos, por não corresponderem aos objetivos propostos.

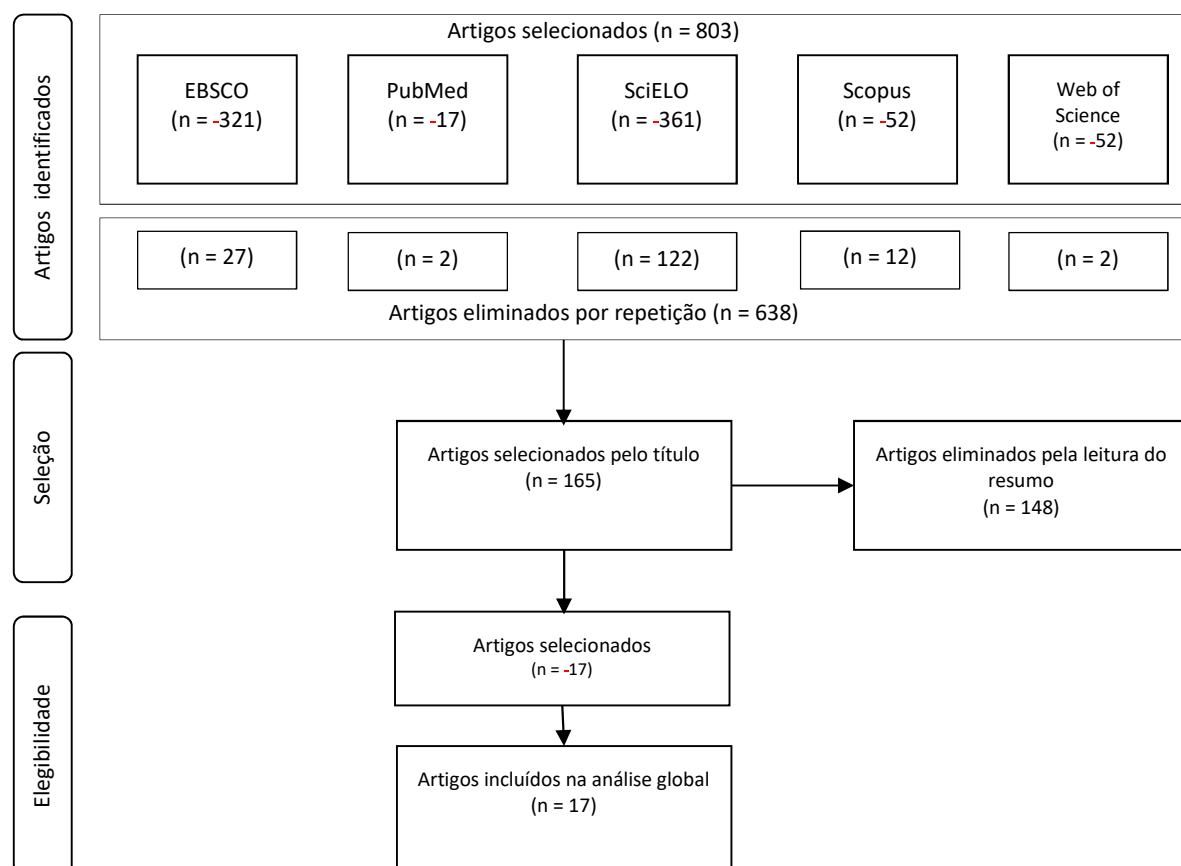


Figura 2: Fluxograma representativo da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa

A análise das intervenções dos programas de promoção da saúde teve como critérios os requisitos das UPS e os critérios de Boas Práticas para a PrS no Ensino Superior do *American College Health Association* - ACHA (ACHA, 2012). No sentido de se avaliar o grau de participação e os resultados das intervenções, baseamo-nos nos padrões de qualidade da pesquisa ação-participativa definidos pelo *International Collaboration for Participatory Health Research* - ICPHR (ICPHR, 2013a). Na dimensão de participação consideramos as seguintes categorias de Cornwall e Jewkes (1995): 1. Contratual: as pessoas são "contratadas" para os projetos de PrS e agem como informantes; 2. Consultivo: as pessoas são convidadas para dar as suas opiniões e são consultadas por investigadores antes das

intervenções serem realizadas; 3. Colaborativo: investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos em projetos dirigidos, implementados e geridos pelos investigadores; 4. Colegial: investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos como colegas, combinando as suas diferentes competências num processo de aprendizagem mútua. Na dimensão dos resultados obtidos consideramos a extensão de implementação de programas incluídos nas UPS, o seu impacte e políticas de saúde.

Dos 17 estudos que faziam referência a estratégias de intervenção, 35% (n=6) enquadravam-se nas orientações de saúde pública e por isso constituíram-se como estratégias pouco abrangentes, diretivas e muito normativas. Dos programas que se enquadravam na abordagem de PrS, foi possível identificar que apenas 17,5% (n=3) abrangiam a universidade como um todo e cumpriam os requisitos dos contextos promotores de saúde, aproximando-se de abordagens de pesquisa-ação participativa. A análise subsequente passou a ser desagregada segundo estes itens: abordagem de Saúde Pública (SP) ou PrS.

Desta revisão foi evidente que as estratégias designadas de PrS nem sempre são a combinação de ações planeadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional que apoiam hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades e contribuem para o aumento da literacia em saúde, diminuição de comportamentos de risco e melhoria do ambiente físico e social. Os 17 programas analisados evidenciaram estes benefícios, sendo mais evidente nos que se baseavam nos pressupostos da PrS, do que nos de saúde pública que visavam a prevenção de problemas específicos. Vários estudos (Mason, Brooking, Oberender, Harford, & Horsley, 2003; Xiangyang, et al., 2003; Dooris & Doherty, 2010b; Reger, Williams, Kolar, Smith, & Douglas, 2002) relatam programas que abrangem toda a comunidade académica e que oferecem oportunidades para a universidade influenciar a saúde e a qualidade de vida dos seus membros assim como da comunidade externa, contribuindo para o conhecimento e o reforço da cidadania. Esses programas transformaram as universidades e a comunidade abrangente, contribuindo para a melhoria da saúde em três áreas distintas: criando ambientes de trabalho de aprendizagem e vivências saudáveis, para estudantes, funcionários e outros sujeitos-alvo; ampliando a importância da saúde, da PrS, da saúde pública no ensino e na pesquisa; e ainda desenvolvendo alianças e parcerias para a mobilização comunitária.

As evidências científicas encontradas sobre programas de intervenção no ensino superior mostram pouca concordância com os requisitos dos contextos promotores de saúde. Tal reflete-se no nível de participação dos intervenientes, tanto nos programas com abordagem

de PrS como nos de abordagem de SP. Poucos programas incluem os critérios de boas práticas para a PrS no ensino superior tais como o aperfeiçoamento profissional e prática ética, as competências culturais e a prática baseada na evidência. Apenas 5,9% (n=1) demonstrava ser um processo de pesquisa participativa em que a comunidade educativa participava de forma colaborativa. Quanto ao impacto, os programas com abordagem de PrS geraram mais políticas de saúde (23,5%) do que os de abordagem de SP (11,8%).

Salientamos que as IES formam estudantes que são ou serão profissionais e formuladores de políticas com o potencial de influenciar as condições que afetam a qualidade de vida das pessoas (Dooris, Doherty, & Orme, 2017). Mediante o desenvolvimento de um projeto político-pedagógico e de pesquisa que vise a PrS, os estudantes podem ampliar o conhecimento e o comprometimento com a saúde de um vasto número de pessoas, uma vez que as capacitam em várias áreas de atuação. Isto inclui o comprometimento não apenas de profissionais da área da saúde, mas também de estudantes e docentes dos cursos das áreas sociais, tecnológicas e humanas. Em termos académicos, transformar uma instituição em contexto promotor de saúde tem o potencial de reforçar as discussões sobre saúde em várias áreas académicas e ampliar a credibilidade de pesquisas inovadoras na área, além disso, proporciona suporte para uma mudança no foco das pesquisas, direcionando-as para ações multinível (WHO, 2016c; 2016d), interdisciplinares, centradas na resolução de problemas com impacto na qualidade de vida e de combate às desigualdades sociais e de saúde.

Pela inclusão de atividades de PrS no processo formativo de novos profissionais em todas as áreas, favorece-se uma formação integral, estimulando a prática profissional responsável, alinhada com a realidade social (Okanagan Charter, 2015; Tsouros, et al., 1998). Ao problematizar a formação a partir da PrS proporciona-se intersectorialidade e interdisciplinaridade. Esta intersectorialidade integrada na formação de profissionais de saúde coaduna-se com as orientações da Organização Mundial de Saúde que tem disseminado o conceito e apoiado a estratégia de criação de ambientes saudáveis (WHO, 1998). As instituições de ensino superior têm a responsabilidade de facilitar a capacitação do estudante no controlo da sua saúde e bem-estar (Holt & Powell, 2016), de forma a ajudá-lo a tomar as melhores decisões acerca da sua saúde (Polat, Ozen, Kahraman, & Bostanoglu, 2016). Esta premissa assume relevância na formação superior em enfermagem uma vez que, durante a sua formação, os estudantes já devem estar dotados de competências na área da PrS, pelo seu impacto na determinação da prevalência de comportamentos de risco na saúde da sociedade e na promoção de estilos de vida saudáveis (Polat, et al., 2016). Acreditamos que os estudantes de enfermagem se tornam profissionais competentes no

futuro, se em primeiro lugar adquirirem estilos de vida saudável, tendo em vista que serão profissionais vocacionados para cuidar de pessoas.

A revisão integrativa sobre estratégias e resultados obtidos nas intervenções dos programas de promoção da saúde implementados em UPS também contribuiu para construir um referencial de validação de um modelo de pesquisa-ação participativa para a transformação de uma escola de ensino superior de enfermagem num contexto promotor de saúde.

2.1.3. *PEER-IESS Instituições de Ensino Superior Salutogénicas*

Desde 2009, Brito e Mendes coordenam a rede PEER - *Education Engagement and Evaluation Research*, integrada na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem que tem por missão mobilizar, capacitar e incentivar, grupos de estudantes, para assumirem a liderança na promoção de contextos saudáveis e seguros. Vários projetos de pesquisa ação participativa em saúde (PaPS) se têm desenvolvido em torno da mobilização de estudantes do ensino superior e partilhados entre os elementos da rede.

PEER-IESS (Instituições de Ensino Superior Salutogénicas) é um modelo de pesquisa-ação participativa para ativar comunidades de ensino superior na resolução dos problemas de saúde dos jovens, através da utilização de estratégias de promoção da saúde, com o foco em procedimentos dialógicos e formas criativas de fazer intervenção na comunidade (figura 3). Estrutura-se numa rede de investigadores comprometidos com o desenvolvimento de referenciais de boas práticas em educação pelos pares e promoção da saúde em contexto escolar e recreativo, envolvendo jovens (Brito & Mendes, 2009). Baseia-se na PaPS para conceber intervenções educativas dialógicas, criativas e culturalmente competentes, assim como ativar a mobilização comunitária no ensino superior. Estes processos visam a criação de contextos salutogénicos, privilegiando a educação pelos pares (*peer education*) e cocriação de conhecimento baseado na evidência (*peer research*). Está alicerçado em fundamentos, métodos e implicações da PaPS, na área da promoção da saúde, estando integrado na rede internacional ICPHR (2013a). Para os seus autores é um modelo de mobilização comunitária para desenvolvimento *bottom-up* de Instituições de Ensino Superior Salutogénicas. Este modelo visa reduzir os problemas de saúde e promover a salutogénese da comunidade educativa. Brito e Mendes (2009) preconizam que o PEER-IESS deve ser desenvolvido numa escola superior de enfermagem, ou de saúde que inclua o curso de enfermagem, a partir da criação de um “grupo semente”.

O PEER-IESS desenvolve-se num processo sequencial para mobilizar comunidades académicas, focando-se em procedimentos dialógicos e formas criativas de intervir na comunidade. Tem como base os critérios de qualidade da PaPS e fundamenta-se no

modelo PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) para o desenvolvimento e avaliação da intervenção.

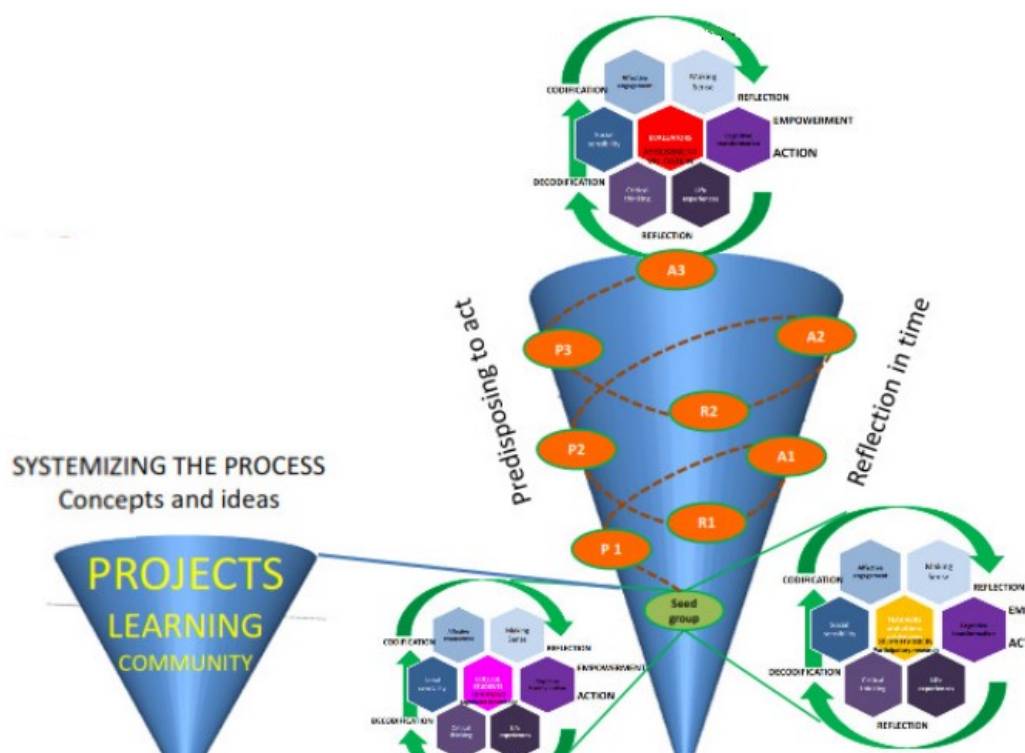


Figura 3: Modelo PEER-IESS (Brito & Mendes, 2009)

O modelo PRECEDE-PROCEED, acrónimo de *Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/ecological Diagnosis and Evaluation - Policia, Regulatory, Organizational, Constructor in Educational and Environmental Development*, desenvolvido por Green e Kreuter (2005), é um dos principais modelos de intervenção em promoção da saúde. Segundo McKenzie, Meigar e Smeltzer (2005), é um dos quatro modelos mais utilizados a nível mundial. A estrutura do modelo data da década de 70 e foi concebida em 1999 por Green e Kreuter, desenvolvendo-se como modelo de planeamento de programas de PrS. Baseia-se no paradigma que os programas de PrS visam reduzir os fatores de risco relacionados com os comportamentos ou com o meio e classifica os fatores que determinam os problemas de saúde em três grandes grupos: fatores predisponentes; fatores facilitadores e fatores de reforço. São fatores predisponentes os conhecimentos, crenças, valores e necessidades sentidas, relacionadas com a motivação de um indivíduo ou grupo para agir. Antecedem o comportamento que pode facilitar ou dificultar a motivação dos indivíduos para a mudança comportamental, podendo ser modificados através da comunicação e educação em saúde. Os fatores facilitadores incluem as habilidades e os recursos, assumindo que para a realização de um comportamento preventivo são requeridas habilidades, tanto do tipo psicomotor como sociais, sendo necessário a existência de meios acessíveis (serviços e

recursos) que possibilitem a prática reiterada desses comportamentos. Estes fatores podem facilitar ou impedir a mudança de comportamento, salientando-se as barreiras sociais como fatores negativos. Os fatores de reforço são a resposta que o meio (pares, família, trabalho, meios de comunicação, etc.) proporciona face à realização do comportamento esperado, encorajando ou não a manutenção do comportamento de saúde. Se a resposta for positiva, tende a reforçar esse comportamento, se for negativa, dificulta o estabelecimento de um novo padrão de atuação. Neste sentido a mobilização comunitária é facilitadora do processo de promoção da saúde (Brito, 2014).

O modelo PRECEDE-PROCEED (figura 4) é um modelo participativo de base comunitária que se tem mostrado muito útil para o planeamento de intervenções de desenvolvimento comunitário e também para a PrS em subgrupos comunitários como os espaços de trabalho e a escola. Os programas de PrS devem envolver a população como um todo no contexto do seu dia-a-dia, mais do que centrar-se nas pessoas com risco para uma determinada doença específica, atuando diretamente nos determinantes de saúde. Devem também combinar diversos métodos ou abordagens complementares incluindo, como referem McKenzie, Pinger e Kotecki (2005), diversas estratégias de intervenção, limitadas apenas pela imaginação de quem as planeia e pelos recursos disponíveis. Ao envolver a comunidade neste processo favorece-se a combinação de ações individuais e coletivas destinadas a alcançar compromissos políticos, apoio às políticas de saúde, aceitação social e apoio às organizações e profissionais para um determinado programa de saúde. Tais medidas podem ser tomadas pelos próprios indivíduos e grupos comunitários, a fim de criar condições de vida conducentes à saúde e à adoção de ambientes e estilos de vida saudáveis.

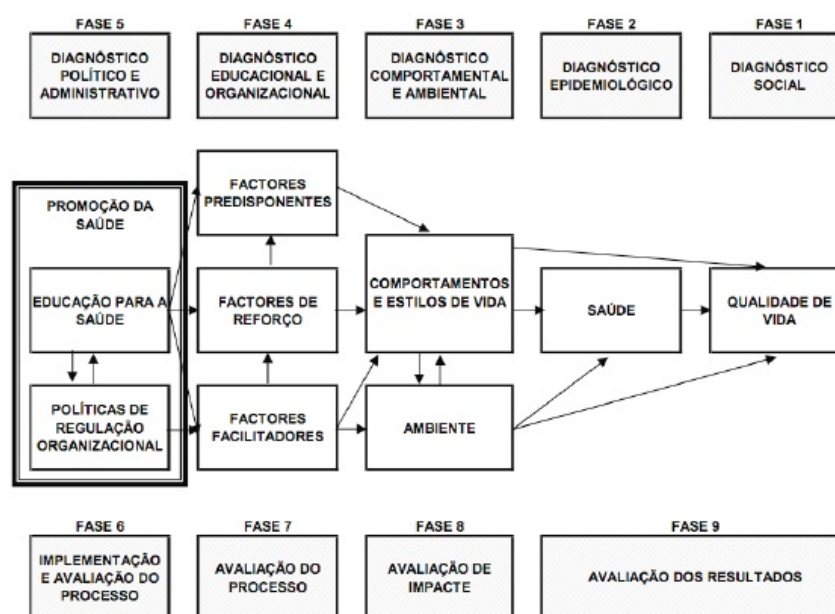


Figura 4: Modelo PRECEDE-PROCEED (adaptado de Green & Kreuter, 2005 in Brito, 2014)

O modelo PEER-IESS reconhecido pela OMS como sendo uma boa prática (WHO, 2015), é um processo colaborativo que parte da capacitação de um “grupo semente” constituído por estudantes, docentes, não docentes, para proceder à avaliação de necessidades em saúde que, por sua vez fundamentam a conceção de estratégias de PrS com foco em procedimentos dialógicos e formas criativas de fazer PrS e mobilização comunitária.

Considerámos que este seria um bom modelo para aplicar numa escola superior de enfermagem, em que investigadores, estudantes e pessoas da comunidade trabalham juntas e desenvolvem projetos de PrS.

2.2. Promoção de saúde no ensino superior numa perspetiva de transição organizacional

É missão das IES o sucesso académico, todavia a promoção da saúde suporta esta missão pela criação de ambientes saudáveis (Eifert, Hall, Gropper, & Kondor, 2017). Estas organizações deveriam ser ambientes de promoção da saúde e prevenção da doença. Contudo, há alguma dificuldade em compreender porque é que a promoção da saúde e bem-estar dos estudantes é um valor (Lederer & Oswalt, 2017). O valor da promoção da saúde nas instituições de saúde do ensino superior alicerça-se no papel preponderante que a autoconsciencialização de cada indivíduo da comunidade académica assume na redefinição do eu com impacte no desenvolvimento de competências para o exercício profissional.

As transições organizacionais podem afetar a vida das pessoas que nelas trabalham assim como os seus clientes, e podem ser precipitadas pelo contexto social, político, ambiental económico ou por mudanças intraorganizacionais na estrutura ou dinâmica (Schumacher & Meleis, 1994). A mudança pode estar relacionada com eventos críticos, disrupção nas relações e rotinas, perceções e identidades (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) .

O ingresso no ensino superior é uma importante transição e pode ter um efeito de ondulação, precipitando transições simultâneas em famílias, relacionamentos e redes sociais (Klaich, 1990). Quando os estudantes ingressam no ensino superior inicia-se um processo de transição situacional (Hart & Swenty, 2016). Este ingresso possibilita aos estudantes aprenderem novas competências e começarem o desenvolvimento do processo de identidade profissional (Andrew, 2013; Andrew, McGuinness, Reid, & Corcoran, 2009). O processo de redefinição do indivíduo que ingressou no ensino superior é um processo de

mudança que envolve a incerteza (Pesut & Thompson, 2015), estando diretamente relacionado com o ambiente organizacional. Através da compreensão do conceito de transição, as instituições de ensino superior, devem desenvolver estratégias de aprendizagem facilitadoras do processo de transição com vista à melhoria da experiência educacional, do sucesso académico e promotoras do desenvolvimento de competências para o exercício profissional (Hart & Swenty, 2016).

Na transformação de uma IES, importa compreender a diferença entre mudança e transformação. A mudança implica a redefinição e a transformação a criação com o desejo futuro em mente (Pesut & Thompson, 2015). De acordo com Chiavenato (2001, p. 185) “a mudança implica rutura, transformação, perturbação, interrupção”, é ainda, “(...) a fase em que novas ideias e práticas são aprendidas de modo a que as pessoas passam a pensar e a executar de uma nova maneira”. Na perspetiva de Meleis e colaboradoras (2000), todas as transições implicam mudança, mas nem todas as mudanças implicam uma transição, sendo que a transição é o resultado na mudança e a mudança no resultado. Todas as transições são caracterizadas pelo fluxo e movimento ao longo do tempo (Meleis, et al., 2000). A mudança “(...) é o resultado da competição entre forças impulsionadoras de um lado e forças restritivas de outro” (Chiavenato, 2001, p. 186). No processo de transição as dimensões da mudança devem ser exploradas: a natureza da transição; a temporalidade; a importância percebida ou severidade; normas pessoais, familiares e sociais e as expectativas (Meleis, et al., 2000).

No processo de transformação é fundamental permitir o tempo necessário para a transição, permitir aos indivíduos acederem à informação sempre que necessário e apoiar os indivíduos envolvidos de forma significativa e com controlo, reconhecer a singularidade individual e promover as suas preferências (Petch, 2010). Para que o processo de transformação organizacional ocorra são necessárias competências de liderança. Na liderança podemos considerar três domínios: a transformação; as habilidades das pessoas e a capacidade de execução. Pesut & Thompson (2015) referem que os domínios da transformação, competências das pessoas e implementação requerem compreensão e desenvolvimento de competências ágeis de liderança e comprometimento em toda a cultura académica de forma a desenvolver e envolver todos os interessados. Assim, a transformação envolve competências de pensamento visionário, estimulação do processo de mudança que envolve as pessoas e comunidades no desenho, e desenvolve novos modelos de promoção da saúde e bem-estar (Pesut & Thompson, 2015). No domínio das habilidades das pessoas, as competências que suportam a transformação são a construção de relações, a compreensão interpessoal, profissionalismo, autoconfiança, autodesenvolvimento, desenvolvimento de talentos, liderança de equipas e gestão de

recursos humanos. Na execução é expectável que existam habilidades e competências relacionadas com a translação da visão e estratégia na performance organizacional (Pesut & Thompson, 2015). De acordo com este autor as competências adicionais que suportam este domínio são a consciencialização organizacional, a mudança de liderança, impacte e influência, responsabilidade, colaboração, competências de comunicação, iniciativa, gestão das tecnologias da informação, monitorização da performance, gestão do processo, desenho organizacional e gestão do projeto.

As instituições de ensino superior que pretendem inovar nos programas educacionais têm que conhecer as tendências e consequências dos mesmos, e o seu impacte nas estratégias de planeamento, desenvolvimento do currículo e no futuro dos desenvolvimentos académicos (Pesut & Thompson, 2015). Para o mesmo autor as competências que suportam este domínio são a orientação estratégica, pensamento inovador, procura de informação, pensamento analítico, orientação comunitária, conhecimento de gestão financeira e a consideração das preocupações de todos os interessados. No sentido de desenvolvimento da agilidade de liderança é fundamental que os líderes que mudam e apoiam o desenvolvimento de culturas académicas saudáveis compreendam o benefício do envolvimento de toda a comunidade académica: estudantes, docentes, não docentes e parceiros comunitários (Pesut & Thompson, 2015).

No que se refere à agilidade de contexto/ambiente, a consciencialização situacional e o sentido do propósito são fundamentais e alinham com o diagnóstico epidemiológico do modelo PRECEDE-PROCEED. Para que a mudança ocorra é imperativo que haja autoconsciencialização e o desenvolvimento da motivação, pois caso contrário o processo não se iniciará e, não haverá o comprometimento do “grupo semente”. Contudo, ao longo de todo o processo é fundamental a compreensão dos pares e o estilo de poder que é implementado, para que este esteja sempre alinhado com os princípios do paradigma da pesquisa-ação participativa em saúde, pela voz ativa que os participantes assumem. A criatividade depende do julgamento reflexivo e da consciência conectiva, pelo exercício constante de compreensão do indivíduo no seu contexto.

A transformação das IES em contextos promotores de saúde, com especial ênfase no ensino superior da saúde, deve assim criar uma cultura impulsionadora da integração da PrS em todos os domínios que permitam o desenvolvimento de competências profissionais na promoção de saúde e para o exercício profissional.

2.3. A promoção da saúde no ensino de enfermagem

O processo de PrS deve ser abordado por equipas multiprofissionais que integram enfermeiros, médicos, dentistas, docentes, assistentes sociais, entre outros (Downie, Tannahill, & Tannahill, 2000). No entanto, os enfermeiros têm um papel chave nesta área (Scriven, 2005; Latter, 1998) pelo mandato social da profissão que estabelece a sua proximidade às pessoas e respetivos contextos de vida. Morrondo (2000) advoga que a formação dos profissionais que atuam no campo da PrS, particularmente os profissionais de saúde, deve envolver não apenas os conhecimentos e as aptidões, mas também as atitudes relacionadas com a capacitação e *empowerment* dos utentes e grupos comunitários. Sendo um dos objetivos da prestação de cuidados de enfermagem a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2015), a educação em enfermagem deverá ter em conta esta recomendação e preparar os estudantes para esse tipo de intervenções. Essa preparação deverá envolver uma base teórica adequada, e o treino das atitudes, valores e competências para que os futuros profissionais possam prestar cuidados de qualidade e serem verdadeiros promotores da saúde da população.

A formação de futuros enfermeiros numa abordagem de saúde pública, ancorada na transmissão de conhecimentos e prevenção de doenças, deve ser substituída por uma abordagem de *empowerment*, tendo em consideração os determinantes socioeconómicos da saúde e a aprendizagem crítica, o que constitui um grande desafio para as instituições e docentes de enfermagem (Liimatainen, Poskiparta, Sjögren, Kwettunen, & Karhila, 2001). É, portanto, fundamental a mudança conceptual dos docentes sobre a PrS para que ocorram repercussões na aprendizagem dos estudantes.

Segundo Brito e Mendes (2015), as escolas superiores de enfermagem devem promover atividades que envolvam os estudantes no exercício de habilidades de enfermagem, tais como, avaliação das necessidades de saúde, priorização das necessidades de educação, ensino sobre temas de saúde, mobilização de grupos, promoção e avaliação do impacto das intervenções de promoção da saúde. Na opinião de Scriven (2010) existe uma questão chave respeitante ao controlo e poder no trabalho de promoção da saúde: as pessoas é que identificam os fenómenos que consideram relevantes, num processo de decisão de baixo para cima “*bottom-up*”. Não é recente a ideia da necessidade de uma educação em saúde centrada nas necessidades das pessoas e na necessidade de capacitar os indivíduos para uma aprendizagem ao longo da vida, no sentido de controlarem e agirem sobre os seus próprios determinantes de saúde (WHO, 1986). Segundo alguns autores, essa perspetiva

desloca a educação em saúde de uma tendência curativa ou preventiva, para uma tendência de promoção da saúde, adotando uma visão positiva da saúde (Feio & Oliveira, 2015). Outros autores que se têm debruçado sobre o assunto como Downie e colaboradores (2000), referem-se à educação para a saúde, segundo duas abordagens:

- Tradicional, este tipo de abordagem é dirigida primordialmente à prevenção da doença, ao invés da promoção da saúde. Coloca a ênfase nos aspetos biológicos da doença e reproduz a informação sobre os fatores promotores da doença sem os contextualizar. A informação é transmitida pelos profissionais no pressuposto de que esta seja suficiente para a mudança de atitude e comportamento. Não são tomados em consideração por parte do educador o conjunto de elementos de contexto e ambientais que influenciam a saúde;
- Moderna, tem em conta a complexidade dos fatores que podem influenciar positiva ou negativamente a saúde. As atividades são pensadas e desenvolvidas, tendo por base uma visão holística. O processo é participativo em ambos os sentidos, as pessoas são ajudadas a clarificar os seus valores e a adquirir capacidades e o educador respeita e valoriza as opiniões das pessoas. Na perspetiva do paradigma crítico de Moreno, Garcia e Campos (2003), esta última abordagem está muito associada à diminuição das desigualdades entre as pessoas, regiões e países, aos processos participativos, à autonomia, à paridade nas relações entre os intervenientes e ao desenvolvimento de aptidões pessoais e comunitárias.

Segundo este paradigma, o educador ajuda e orienta na procura de soluções, através de uma relação baseada no diálogo. Inscrevem-se, neste paradigma, os modelos de investigação-ação-participativa e de *empowerment* individual e comunitário.

A abordagem que cada profissional de saúde adota, consciente ou inconscientemente, sobre promoção da saúde, encontra-se alicerçada numa série de princípios e valores e molda a forma como desenvolve as suas práticas. Um sistema de valores e princípios poderia auxiliar os profissionais a responder a problemas de saúde complexos que têm múltiplos determinantes interrelacionados. Mas a ideologia e cultura de cada contexto determina a forma como a saúde é definida e até mesmo a interpretação dos determinantes da saúde e da doença. Por isso é difícil, e por vezes imprudente, ser dogmático sobre os valores fundamentais da promoção da saúde. Mas na maioria das nações que integram a OMS, podemos identificar os seguintes valores fundamentais comuns a todas as culturas e ideologias: a saúde é holística e não apenas relacionada com a doença e sua prevenção; a saúde fundamenta-se na equidade e justiça social; a saúde relaciona-se com *empowerment* (Fertman & Allensworth, 2010).

Gregg e O'Hara (2007), numa revisão da literatura que realizaram para identificar valores na promoção da saúde, concluíram que a falta de orientação específica sobre como mobilizar os princípios da promoção da saúde e colocá-los em prática constitui um grande desafio para os profissionais. Os modelos de planeamento de promoção da saúde, comumente usados, fornecem orientações sobre as fases da atividade de promoção da saúde, desde a avaliação das necessidades até à avaliação dos resultados em saúde, colocam ênfase em princípios como o *empowerment* e a participação, mas não se focam abertamente nos valores e princípios de promoção da saúde. Os autores não encontraram evidência de modelos de promoção da saúde que usassem explicitamente valores e princípios de uma forma sistemática. Apesar da existência de listas ou categorias de princípios, esta revisão identificou vários desafios associados com o uso de valores e princípios na prática da promoção da saúde que reflectem, sobretudo, a divergência entre os valores e princípios da promoção da saúde moderna (holística, ecológica e salutogénica) e os da promoção da saúde convencional: modelo biomédico de saúde, que se foca principalmente no corpo físico e suas doenças; muitas intervenções de promoção da saúde estão centradas principalmente ou exclusivamente sobre os fatores de risco comportamental imediatos ou proximais, convencionais para doenças específicas, não abordando os determinantes distais ou sociais da saúde; ao invés de criar e apoiar o bem-estar, a felicidade e o sentido na vida através de processos de mudança de promoção da saúde modernos que enfatizam a participação e *empowerment*. Existe uma necessidade evidente de um investimento significativo na atividade de promoção da saúde centrada nos problemas de saúde física e/ou que utiliza processos coercivos ou não-participativos. Gregg e O'Hara (2007) apontam uma clara necessidade de um sistema de valores e princípios consistentes com a promoção da saúde que permitam aos profissionais integrá-los propositadamente no seu conceito de saúde, bem como na avaliação das necessidades de saúde, no planeamento, na implementação e nas práticas de avaliação.

Segundo a OMS (WHO, 2016a) o movimento de promoção da saúde tem subjacente que intervenções que se concentram na população como um todo e na sua vida quotidiana, em vez de se focarem nas pessoas em risco de doenças específicas; são dirigidos para a ação sobre os determinantes de saúde; combinam diversos métodos ou abordagens complementares; visam a participação efetiva do público; e requerem profissionais de saúde que desempenhem o papel de facilitadores da promoção da saúde.

Nos estudos de Carvalho, Rodrigues e Carvalho (2014) e Carvalho e Carvalho (2010) evidenciou-se uma clara expressão de conceitos de saúde pública reducionistas em que os conceitos de saúde são marcados pela positividade, subjetividade e holismo e os conceitos de doença assentam na objetividade; concordam que os termos PrS e Educação para a

Saúde (EpS) são diferentes e que os processos de PrS/EpS transmitem valores como a equidade, a solidariedade, a tolerância e o respeito. De acordo com o estudo de Carvalho e Carvalho (2010) sobre a representação mental do conceito de saúde dos estudantes do ensino superior, as palavras-chave mais utilizadas foram bem-estar, hospital, doença, médicos e enfermeiros, revelando predominância da visão reducionista dos determinantes de saúde. Também foram encontradas evidências sobre os contributos da formação na construção de um conceito de PrS. Os estudantes do 1º ano revelaram um conceito menos claro do que os do 4º ano. No entanto, apenas 41% dos estudantes assinalaram ter realizado algum tipo de experiência prática de PrS e destes todos indicaram realizar atividades de EpS. A frequência das práticas aumenta do 1º para o 4º ano: a maior proporção de estudantes realiza atividades na área de Saúde infantil (23%). Existem relações, embora ténues, entre concepções e conhecimentos, entre concepções e valores e entre concepções e práticas. Face a estes resultados os autores apresentam uma proposta de linhas orientadoras para a formação inicial, curso de licenciatura em enfermagem, com a introdução no curricula da evolução do conceito de saúde e seus determinantes, tendo em vista contribuir para a melhoria da qualidade de ensino e dos cuidados prestados à população.

Os programas de promoção da saúde que favorecem as relações interpessoais e a atividade física, com impacte significativo no processo de mudança que se repercute na melhoria da autoeficácia, autoestima e bem-estar (MacRae & Strout, 2015) são fundamentais nas IES que preparam futuros profissionais de saúde, pelo que na especificidade dos estudantes de enfermagem, Triviño-Vargas (2012) recomenda a infusão curricular da promoção da saúde tendo em vista a promoção dos estilos de vida saudáveis da comunidade académica. Neste sentido, o autor recomenda que os planos de estudos devem estar centrados na promoção da saúde dos estudantes, com a inclusão nos desenhos curriculares de conteúdos programáticos sobre nutrição saudável, gestão do stresse, gestão do tempo livre, *workshops* sobre gestão da autoeficácia, autoestima, autoconhecimento e importância da atividade física. Sugere ainda, um respeito pelo tempo dos estudantes, pelo que o horário deve proporcionar espaço ao complemento/desenvolvimento de atividades extracurriculares.

2.4. Boas práticas para a avaliação e garantia da qualidade no ensino da promoção da saúde

Em 1996, a *American College Health Association* (ACHA), designou um grupo de trabalho sobre promoção da saúde no ensino superior para estudar o alcance da prática de promoção da saúde, definir e desenvolver padrões profissionais de prática (Zimmer, Hill, & Sonnad, 2003). A ACHA em 2001 publicou pela primeira vez os resultados dessa pesquisa, designando por Normas de Boas Práticas para a promoção da saúde no ensino superior - *Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education* – (SPHPHE). Em 2005 e 2012, essa publicação foi revista e republicada (ACHA, 2012), servindo de guia para a avaliação e garantia da qualidade do ensino da promoção da saúde no ensino superior. Estas normas SPHPHE demonstraram ser um bom referencial para avaliar um processo de promoção de saúde, orientando-se pelos cinco princípios que a seguir se apresentam (ACHA, 2012):

1. A saúde é a capacidade dos indivíduos e comunidades alcançarem o seu potencial. Saúde não é simplesmente a ausência de doença, medida através de indicadores clínicos, mas um conceito positivo, enfatizando recursos pessoais, sociais e capacidades físicas (WHO, 1986);
2. A finalidade específica na área da promoção da saúde no ensino superior é promover o sucesso dos estudantes (WHO, 1991). Iniciativas específicas de promoção da saúde visam expandir fatores de proteção, os pontos fortes do estabelecimento de ensino, e reduzir os fatores de risco associados ao pessoal, à instituição e à comunidade. Isto deve estar alinhado com a missão e os valores da instituição de ensino superior;
3. As instituições de ensino superior são comunidades, porque possuem todos os componentes de uma comunidade - isto é, unidades funcionais espaciais, unidades de interação social e unidades simbólicas de identidade coletiva (Glanz & Lewis, 2002). Devem ter como base as interrelações e interdependências entre os seus membros e o contexto como fatores influenciadores da saúde. Este princípio indica o uso de um modelo socioecológico. Esta abordagem analisa e aborda questões de saúde em vários níveis: intrapessoal; interpessoal; institucional; comunidade e políticas públicas (McLeroy, Steckler, & Glanz, 1988). Portanto, as populações alvo irão variar consoante a comunidade e podem incluir estudantes, docentes, funcionários, *alumni*, membros da comunidade, entre outros;

4. As práticas de prevenção são realizadas pelos profissionais promotores de saúde do ensino superior. Na sua essência, a promoção da saúde tem como objetivo prevenir o desenvolvimento de problemas de saúde pessoais e da instituição, reforçando simultaneamente a saúde e a segurança individual, do grupo e institucional. Embora os esforços de prevenção possam ser do tipo universal, seletivo ou indicado (Gordon, 1983), a promoção da saúde no ensino superior, enfatiza a criação de ambientes favoráveis à saúde. Este princípio promove o reconhecimento das IES como comunidades e indica uma reorientação a concentrar-se principalmente em iniciativas a nível populacional;
5. A promoção da saúde no ensino superior é facilitadora, rigorosa e inclusiva. A colaboração excede o co-patrocínio de iniciativas; tal requer que os profissionais da promoção da saúde sejam líderes comunitários que mobilizem um grande número interdisciplinar de parceiros. As iniciativas de promoção da saúde são baseadas em teoria e resultados devidamente comprovados, cuidadosamente executados com fidelidade para maximizar a eficácia, e avaliadas para a realização dos objetivos de aprendizagem e desempenho para os resultados comportamentais e ambientais. Reconhecer e compreender que diferentes sistemas de crenças, valores, regras, e costumes afetam a saúde contribui para que se criem ambientes de apoio à saúde pela inclusão cultural, respeito, igualdade e equidade (ACHA, 2011).

A ACHA criou um guia para a contratação de profissionais de promoção de saúde no ensino superior e recomenda que as instituições promovam o emprego de indivíduos adequadamente credenciados, treinados e qualificados (ACHA, 2014).

As normas de boas práticas documentam os requisitos de qualidade essenciais para a boa prática de PrS. Os profissionais de promoção de saúde experientes ou em início de carreira podem usar estas normas para avaliar e estimular o desenvolvimento das suas próprias competências de PrS; para os administradores servem para avaliar o rigor dos seus serviços; para os supervisores dos departamentos de PrS para comunicar o propósito e função de promoção da saúde aos estudantes, docentes e outros colaboradores. Estas normas de boas práticas para a de saúde no ensino apresentam sete dimensões e respetivos indicadores (ACHA, 2012):

1. Integração na missão das instituições ensino superior - A prática efetiva da promoção de saúde no ensino superior requer profissionais que alinhem as iniciativas de promoção de saúde com a missão das IES. Para tal, as IES devem desenvolver um plano estratégico de promoção de saúde que suporte a missão e os valores; conceber iniciativas de promoção de saúde que apoiem o sucesso académico; disseminar pesquisa que demonstre o efeito dos

comportamentos individuais e fatores ambientais no sucesso acadêmico; advogar a saúde como valor fundamental das IES;

2. Prática de abordagem socioecológica - A prática efetiva da promoção de saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem uma abordagem socioecológica. Neste sentido, antes do desenho das intervenções de promoção de saúde, deve rever-se a literatura sobre modelos de planeamento socioecológicos; analisar os problemas de saúde das IES e da comunidade, direcionando os resultados em saúde para a dimensão intrapessoal, interpessoal, institucional, comunitária e de políticas públicas; focar a transformação do contexto académico e comunitário através de iniciativas multidimensionais; construir sobre as inter-relações e interdependências dos membros e sistemas da IES e da comunidade; e advogar por políticas direcionadas à saúde da comunidade académica a nível institucional, regional e nacional;

3. Prática colaborativa - A prática efetiva da promoção de saúde no ensino superior requer profissionais que se envolvam e colaborem como parceiros interdisciplinares. Implica advogar uma visão compartilhada da saúde como responsabilidade de todos os membros da instituição e da comunidade; procurar cultivar parcerias interdisciplinares nas IES e na comunidade que melhorem as iniciativas da promoção de saúde; identificar e mobilizar parceiros para ações coletivas que visem criar contextos promotores de saúde; e utilizar os recursos das IES e da comunidade que maximizem o alcance e a eficácia das ações de promoção de saúde;

4. Competência cultural - A prática efetiva da promoção de saúde no ensino superior requer profissionais que demonstrem competência cultural e de inclusão. Isto significa reconhecer e compreender as diferenças sociais, culturais, políticas e económicas que influenciam a saúde; conceber iniciativas de promoção de saúde que sejam proativas e sensíveis às necessidades e preferências de uma população diversificada; conceber iniciativas de promoção de saúde que sejam orientadas por valores de inclusão cultural respeito e equidade; criar oportunidades para uma melhor compreensão entre cultura, identidade e justiça social como determinantes da saúde;

5. Prática baseada na teoria - A prática efetiva da promoção de saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem quadros teóricos e modelos de planeamento dirigidos à saúde individual e da comunidade. Para tal as iniciativas de promoção de saúde devem estar ancoradas em quadros teóricos e modelos de planeamento de fontes interdisciplinares. Significa conceber e implementar iniciativas de promoção de saúde guiadas por quadros teóricos e modelos de planeamento; avaliar se as teorias foram aplicadas com sucesso e se os resultados esperados foram alcançados;

6. Prática baseada na evidência - A prática efetiva da promoção de saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem a evidência científica, desta área. Isto implica rever a literatura sobre iniciativas de promoção de saúde com eficácia demonstrada; realizar avaliações de base populacional do estado de saúde, necessidades e recursos financeiros; realizar avaliações ambientais da IES e das necessidades e recursos de saúde da comunidade; estabelecer objetivos e metas mensuráveis para as iniciativas de promoção de saúde; implementar iniciativas baseadas na evidência e validadas para maximizar a eficácia; utilizar métodos qualitativos e quantitativos na avaliação dos programas; disseminar os resultados da avaliação dos programas de promoção de saúde na IES e aos parceiros comunitários;

7. Aperfeiçoamento profissional e prática ética - A prática efetiva da promoção de saúde no ensino superior exige profissionais envolvidos, com competências profissionais e com uma prática ética. Isto implica aplicar os princípios éticos para a prática da promoção de saúde; participar regularmente em atividades de desenvolvimento profissional; apoiar os outros no reforço das suas competências de promoção de saúde; contribuir profissionalmente para o domínio da promoção de saúde.

2.5. O desenvolvimento de competências profissionais na promoção de saúde

No sentido de melhor compreendermos o desenvolvimento de competências profissionais na promoção de saúde surge a necessidade de clarificarmos o conceito de competência. Assim e segundo Fleury e Fleury (2001), “o conceito de competência é pensado como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas” (p. 185). O conceito de competência é frequentemente utilizado na literatura “(...) para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa” (Fleury & Fleury, 2001, p. 184). Todavia, “(...) uma pessoa pode ter as qualificações necessárias para uma determinada função, sem que, igualmente, essas qualificações se reflitam necessariamente no seu desempenho” (Ceitil, 2007a, p. 26) . “Quando a qualificação se reduz a diplomas de formação inicial, isso não significa que a pessoa saiba agir com competência” (Le Boterf, 2003, p. 21). Em suma, podemos dizer que ter as qualificações necessárias para o desempenho de uma determinada função não é sinónimo de competência. Todavia, é fundamental que no desenvolvimento curricular sejam propiciadas as ferramentas/recursos necessários para que

o indivíduo seja capaz de agir com plena competência no seu exercício profissional. “Espera-se que o trabalhador exerça sua qualificação para realizar um trabalho; espera-se que o profissional operacionalize competências para administrar uma situação profissional” (Le Boterf, 2003, p. 25) e, por isso, seja capaz de se ir construindo ao longo do tempo aumentando a sua capacidade de *empowerment*. O mesmo autor refere que “aquele que é reconhecido como um profissional competente possui uma identidade social que vai além do emprego que ocupa” (p. 34), é capaz de gerir continuamente intervenções complexas. Em resultado, a variável tempo assume extrema relevância na definição do conceito, uma vez que, se não houver regularidade no exercício da sua função serão consideradas apenas expressões de comportamento casuísticas (Ceitil, 2007b).

Tabari-Khomeiran, Kigu, Parsa-Yekta e Ahmadi (2007) definiram cinco fases do desenvolvimento de competências:

1. Reconhecimento - fase inicial é o motivo de desenvolvimento de competências e contém duas partes (força mobilizadora e reconhecimento da mesma que podem ser internas ou externas);
2. Fornecer requisitos apropriados - inclui o conhecimento teórico e o suporte, que têm demonstrado ser necessidades mínimas para se envolver na atividade;
3. Experiência - é o foco do processo de desenvolvimento de competências e fornece a oportunidade para estabelecer relação entre a teoria e a prática;
4. Consolidação - fase de aquisição da mestria sobre o trabalho proposto, através da prática repetida e confrontando a mudança das situações usando a reflexão;
5. Integração - incorporação de novas competências nas antigas e preparação para ensinar e supervisionar outros nas áreas relacionadas.

A fase cinco do processo de desenvolvimento de competências, definido por Tabari-Khomeiran e colaboradores (2007), está alinhada com a competência “desenvolve processos de formação contínua” do regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2012). No seu descritivo o “enfermeiro adota uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2012, p. 23). Da leitura dos critérios de competência, é de salientar a contribuição para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas; atuação como um mentor/tutor eficaz; desenvolvimento das oportunidades de aprender com os outros, contribuindo para a

melhoria dos cuidados de saúde. Estes critérios alinham com os pressupostos da educação por pares, pela via do crescimento conjunto, dos indivíduos que partilham experiências dentro da mesma comunidade.

De acordo com os *Standards for Peer Education Programmes* (Youth Peer Education Toolkit, 2005) a educação por pares é uma estratégia em que os pares são fornecedores tradicionais de informação. Os programas de educação por pares têm uma base comunitária, fornecem benefícios importantes aos pares e educadores por pares. De acordo com a mesma fonte, todos os participantes assumem um papel ativo no planeamento, implementação e avaliação. “Salienta-se que o envolvimento dos estudantes dos cursos superiores carece, também, de apoio por parte das instituições onde desenvolvem atividades letivas, já que nem sempre é disponibilizada a oportunidade de compatibilizar a formação curricular com a extracurricular (igualmente, necessária para o desenvolvimento pessoal e profissional dos futuros educadores em saúde)” (Brito & Mendes, 2012, p. 51). A educação por pares é valorizada pelas IES dado que os participantes têm elevado conhecimento sobre as mesmas, é económica para o orçamento das instituições, podem relacionar-se com as situações vivenciadas pelos seus companheiros e são efetivas (Newton & Ender, 2010). A educação por pares assume-se como uma estratégia fundamental, pela relevância que os indivíduos de um grupo têm para educar os outros, pois a “(...) participação dos indivíduos, o *empowerment*, a mobilização comunitária, a educação participativa são pressupostos essenciais para alcançar ganhos em saúde” (Dias, 2006, p. 63). A educação por pares é o processo pelo qual indivíduos bem treinados e motivados lideram atividades organizadas de educação e capacitação com seus pares para apoiar e melhorar a saúde e bem-estar das pessoas participantes e comunidade (Guidelines for youth peer education, 2010). Um dos princípios da educação por pares é a PrS que surge com especial interesse no domínio profissional da saúde, muito pela via do que os desígnios profissionais exigem. O artigo 6º do regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais da Ordem dos Enfermeiros (2012) refere que são competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da prestação e da gestão dos cuidados: “a) Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados; b) Contribui para a promoção da saúde; c) Utiliza o Processo de Enfermagem; d) Estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes; e) Promove um ambiente seguro; f) Promove cuidados de saúde interprofissionais; g) Delega e supervisiona tarefas” (p. 9). Em resultado, a promoção da saúde surge como uma das competências que os enfermeiros devem atingir no desempenho das suas funções.

Essa competência “contribui para a promoção da saúde”, cujo descritivo refere que o enfermeiro “mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos

de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (2012) define, ainda, no mesmo documento os critérios de competência:

“demonstra compreender as políticas de saúde e sociais, trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades, vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde, participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação, aplica conhecimentos sobre recursos, atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis, fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação, demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades, proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente, reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem, aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades, avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde” (p. 15).

De acordo com Sharma (2017) são áreas de responsabilidade dos profissionais no âmbito da promoção de saúde: avaliar as necessidades e capacidade para a educação e promoção de saúde; planeamento; implementação; condução da avaliação e investigação relacionada com a educação/promoção de saúde; gerir a educação e promoção de saúde; colocar a educação e promoção de saúde ao serviço das pessoas; comunicação, promoção e advocacia da educação/promoção de saúde e da profissão. Neste contexto, podemos estabelecer um paralelismo entre as áreas de responsabilidade no âmbito da promoção de saúde e o processo de enfermagem, nomeadamente, nas fases de avaliação das necessidades, planeamento, implementação e avaliação dos resultados.

O modelo PEER-IESS enfatiza a educação pelos pares como forma dos estudantes identificarem e resolverem os seus problemas a partir de processos participativos e transformadores da instituição. A partir deste modelo o “grupo semente” tem a possibilidade de desenvolver competências para o exercício profissional de avaliação, planeamento, implementação e avaliação dos resultados das atividades de PrS.

3. METODOLOGIA

O presente estudo assenta no paradigma da PaPS, como forma de estudar a vida real de uma comunidade académica, procurando a transformação de uma instituição de ensino superior de enfermagem, num contexto promotor da saúde, pela participação ativa de todos. Utilizamos o método de estudo de caso para descrever este processo. O estudo de caso é um procedimento de análise da realidade, pois oferece inúmeras possibilidades de compreensão e melhoria da realidade social e profissional (Yin, 2015; Serrano, 2004). Este método pode assumir diferentes metodologias umas mais de natureza quantitativa outras qualitativas, porém aplicadas e adequadas aos objetivos do caso em particular.

De acordo com Yin (2015), no estudo de caso concetualiza-se o modo como o sujeito se relaciona com o contexto, de acordo com as suas experiências, ações e intenções, possuindo, igualmente traços comuns: a compreensão como princípio epistemológico, o que “(...) permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de alguns setores” (Yin, 2015, p. 21). Com o estudo de caso foi possível estudar os fenómenos em contexto real, recorrendo a múltiplas fontes de dados, com vista a minimizar as fronteiras entre o fenómeno e o contexto (Yin, 2015).

Analizamos este caso de forma consistente, antes de fazer qualquer outro procedimento; a construção da realidade – os sujeitos com a sua visão de um determinado fenómeno constroem uma parte da realidade, que é estudada pela investigação não sendo assim fornecida *à priori*. Para alguns autores é fundamental a utilização de desenhos integrados ou ainda multimétodos, tal como designam Polit, Beck e Hungler (2004). Para estas autoras, a combinação de dados, em muitos campos de investigação, enriquece a compreensão do fenómeno estudado. São muitas as vantagens no uso destes métodos combinados pelo simples facto de exercerem o efeito da complementaridade.

O estudo centra-se na perspetiva de um *continuum* entre o qualitativo e o quantitativo: multimétodos. A PaPS “é um projeto aberto que resiste às tentativas de impor um único paradigma, tipo guarda-chuva, ao longo de todo o projecto” (Denzin & Lincoln, 2011, p. 13). O ICPHR (2013a, p. 13) considera que “parte da riqueza e recurso da PaPS é o espectro de

paradigmas, estratégias e métodos de análise que os pesquisadores podem desenhar e utilizar”. Esta diversidade dá-lhe força epistemológica. A PaPS obedece a critérios de validade específicos (ICPHR, 2013a, p. 19), tais como:

- Validade Participativa - Na medida em que todas as pessoas interessadas são capazes de tomar parte ativa no processo de investigação em toda a extensão possível;
- Validade Intersubjetiva - Na medida em que a pesquisa é vista como sendo credível e significativa pelas partes interessadas segundo uma variedade de perspetivas;
- Validade Contextual - Na medida em que a pesquisa se relaciona com a situação local
- Validade Catalítica - Na medida em que a pesquisa é útil em termos de apresentar novas possibilidades para a ação social;
- Validade Ética - Na medida em que os resultados da investigação e as mudanças exercidas sobre as pessoas pela pesquisa são sólidas e justas;
- Validade Empática - Na medida em que a investigação tem aumentado a empatia entre os participantes.

Pretendeu-se descrever uma situação real de transformação de uma instituição de ensino superior de enfermagem, num contexto promotor de saúde, pela participação do investigador, “grupo semente” e ativação de uma comunidade académica. Nesta perspetiva podemos caracterizá-lo como um estudo de caso construtivista, dado que será o resultado da experiência dos investigadores, das suas interpretações sobre o contexto e sobre os significados dos sujeitos implicados, numa acção colaborativa. O estudo de caso construtivista procura compreender um percurso, um processo de mudança que não emerge espontaneamente, mas que se desenvolve a partir dos saberes e experiências dos indivíduos implicados, tendo em vista a construção de novos saberes e experiências (Oliveira-Formosinho, 2002, in Oliveira-Formosinho & Kishimoto, 2002). De acordo com estes autores, trata-se do estudo de um caso através da participação e interação dos seus autores “ouvindo-os, e confrontando-os com outras perspetivas, outras hipóteses de trabalho ou outras alternativas” (p. 103). É um estudo de caso de uma ação, no âmbito de uma intervenção com objetivos de produzir mudança e transformação. A mudança pode situar-se, entre outras circunstâncias, ao nível das conceções, da ação, das perspetivas e dos significados dos sujeitos. Este processo colaborativo, orientado por e para metas com sentido dinâmico de mudança, conduziu a um relato detalhado da ação no contexto da intervenção, do crescimento e da capacitação dos atores com o propósito de mudar uma

determinada realidade (Oliveira-Formosinho, 2002 in Oliveira-Formosinho & Kishimoto, 2002). Hamel, Dufour e Fortin (1993) salientam os problemas de escrita quando se recorre ao estudo de caso pelo facto de se usarem materiais de diferentes origens e dada a análise em profundidade que o processo implica. Devido ao facto dos estudos exigirem uma descrição profunda, é necessário uma compreensão da forma como a linguagem dos materiais empíricos deve ser entendida de acordo com as especificidades das análises (Yin, 2005). Assim, num estudo de caso construtivista, o investigador constrói uma versão possível sobre os fenómenos investigados, resultantes da sua compreensão (Lincoln & Guba, 2006) ou da sua construção mental sobre o caso (Oliveira-Formosinho, 2002).

Esta pesquisa é a objetivação das transformações operadas na instituição caso e teve início em fevereiro de 2012, com a criação do grupo de investigadores, como mais à frente explicaremos, desenvolvendo-se ao longo dos quatro anos seguintes, período que corresponde ao número de anos necessários para conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE).

3.1. Finalidade e objetivos

Pretendemos transformar uma instituição de ensino superior de enfermagem numa instituição de ensino superior promotora da saúde, através da aplicação de um modelo *bottom-up* de PaPS. Trata-se da primeira validação do modelo de intervenção PEER-IESS (Brito & Mendes, 2009). Este modelo visa o desenvolvimento de contextos promotores de saúde, no âmbito do ensino superior, pela mobilização comunitária (*bottom-up*) para reduzir os problemas de saúde e promover a salutogénese da comunidade educativa, sustentado pelo paradigma da PaPS. Este processo de transformação visa promover o desempenho socioecológico, cultural, político, ético e deontológico, científico e de aperfeiçoamento contínuo, e o envolvimento dos estudantes tendo em vista a aquisição de competências para o exercício da profissão no âmbito da promoção da saúde. Proporciona valor acrescentado gerado pela PaPS, pois contribui para aumentar a consciência da responsabilidade social dos atores institucionais para o desenvolvimento de contextos promotores da saúde, e ainda a infusão da PaPS no ensino de enfermagem como via para aquisição de competências profissionais.

Com base nestes desígnios formulamos a questão de investigação que orientou o estudo:

De que forma o envolvimento de um “grupo semente” num processo de pesquisa-ação participativa promove a mobilização de uma comunidade do ensino superior de enfermagem

na implementação de um contexto promotor da saúde e incrementa as competências para o exercício da profissão?

Como forma de responder à questão de investigação definimos os seguintes objetivos:

1. Avaliar o processo de transformação de uma escola superior de enfermagem numa instituição de ensino superior promotora de saúde, através da utilização do modelo PEER-IESS;
2. Analisar os contributos do envolvimento dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem na pesquisa-ação participativa em saúde na aquisição de competências para o exercício da profissão.

3.2. Desenho do estudo: pesquisa-ação participativa em saúde

Neste ponto debruçamo-nos sobre os modelos que apoiaram o desenvolvimento da nossa investigação. A abordagem da PaPS que orientou todos os procedimentos do estudo; o modelo PEER-IESS, estratégia de intervenção que se fundamenta no modelo PRECEDE – PROCEED, que, orientou o processo de avaliação de necessidades em saúde e a implementação das intervenções em promoção da saúde e, por último, as orientações da ACHA e do ICPHR como indicadores de avaliação e impacto no processo de transformação.

A PaPS deve ser compreendida como um modo de empoderamento isto é, como uma participação transformadora (Springett & Ledwith, 2010) que implicitamente deve levar a que todas as pessoas sejam capazes de realizar processos de conscientização (Freire, 2001), culminando em reflexões, predisposição para agir e mudar comportamentos. Para o ICPHR (2013a), este processo de pesquisa “é visto como uma parceria entre as partes interessadas, que podem incluir pesquisadores académicos; profissionais da área da saúde, educação e bem-estar social; membros da sociedade civil; decisores políticos e outros”(p. 6).

De acordo com *International Collaboration for Participatory Health Research* (ICPHR, 2013a) e Springett, Wright e Roche (2011) a PaPS é uma abordagem que conjuga métodos e técnicas de investigação qualitativa e quantitativa, em que a participação do grupo-alvo é fulcral. Tem em conta os processos, os resultados e o impacto. O conhecimento científico é gerado pela ação e experimentação em contexto, com participação democrática e aprendizagem social, sendo a qualidade das relações entre investigadores e participantes que determina a qualidade da investigação e as técnicas que se aplicam.

A PaPS envolve o sujeito-alvo na pesquisa, fundamentando-se no pressuposto de que, ao envolvê-los em todo o processo de pesquisa, facilita-se não só a objetivação das necessidades sentidas, mas também das necessidades reais não sentidas, dimensões muito importantes quando se trata de promoção da saúde, e ainda a possibilidade de transformação dos contextos sociais. “Trata-se de um paradigma de investigação da praxis no contexto onde ocorre e de forma equitativa com os seus protagonistas, potencializando as qualidades e capacidades individuais, sem o objetivo de generalizações, mas procurando a transformação social” (Martins, 2013, p. 16). O potencial desta pesquisa, do ponto de vista dos sujeitos, é avaliado pela seriedade com que percebem a relação estabelecida e que indica o tipo de postura do pesquisador (Streck, & Adams, 2012). A utilização e apropriação da PaPS por diferentes campos do conhecimento tem permitido a cocriação de conhecimento científico envolvendo os sujeitos-alvo, gerando dados para a educação, a resolução de problemas de saúde e para a mudança social (ICPHR, 2013a). Martins (2013, p. 16) “advoga como imprescindível conhecer o contexto cultural do indivíduo e a sua realidade antes de qualquer intervenção, pois este é gerador de significados e que só desta forma seria possível envolver o indivíduo/grupos comunitários, tomando parte ativa do processo de intervenção-transformação”.

As características desta abordagem distinguem três dimensões, em termos de natureza e produção de conhecimento: a dimensão ontológica – a realidade é subjetiva e co-criada, podendo ser apreendida através da experiência subjetiva e da ação; a dimensão epistemológica – a experiência é partilhada, a análise participativa e a ação são utilizadas para edificar o conhecimento construído socialmente e a autoconsciência da realidade como suscetível à transformação; e a dimensão metodológica - na ação colaborativa e investigativa, dá-se primazia aos aspetos práticos e é fundamentada na experiência partilhada (Loewenson, Laurell, Hogstedt, D’Ambruso, & Shroff, 2015).

Existe um conjunto de critérios que definem este tipo de investigação: i) a participação é um imperativo democrático, ou seja, a pesquisa não é feita sobre pessoas, enquanto sujeitos passivos no processo de pesquisa, mas sim com as pessoas que fornecem informação relevante para melhorar as condições de vida, do trabalho e de saúde. Os participantes da pesquisa podem ser indivíduos, grupos ou organizações; ii) o conhecimento é co-criado dialogicamente incorporando múltiplas perspetivas e tipos de conhecimento; iii) o impacto vai além da produção de conhecimento académico; iv) é dada primazia ao contexto comunitário (local); v) baseia-se na reflexividade com valores explícitos, garantindo autenticidade, transparência e transferibilidade; vi) os resultados são práticos, relacionais (de processo), credíveis e válidos; vii) valorizam-se diferentes formas de conhecer os resultados (ICPHR, 2013a; Springett, Wright & Roche, 2011).

Na PaPS enfatiza-se a relevância e finalidade dos resultados, ou seja, de que forma contribuem para a mudança social e organizacional, mas também o envolvimento dos participantes. Neste estudo seguimos, no essencial, o paradigma de investigação colaborativa tal como referem Viswanathan e colaboradores (2004), que permite envolver, garantir e estabelecer estruturas de participação das comunidades afetadas por uma questão/problema em estudo, dos seus representantes e dos pesquisadores em todas as etapas do processo de pesquisa, com vista a melhorar a saúde e bem-estar por meio da ação, incluindo a mudança social.

Para avaliar o tipo de participação entre o grupo de investigadores utilizamos o referencial de Cornwall e Jewkes (1995) que se baseia no modelo criado por Biggs em 1989 que define quatro formas de participação: i) contratual, as pessoas são contratadas para os projetos de investigação e agem como informantes; ii) consultiva, as pessoas são convidadas a dar as suas opiniões e são consultadas por investigadores antes das intervenções serem feitas; iii) colaborativa, investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos em projetos, implementados e geridos pelos investigadores; iv) colegial, investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos como colegas, combinando as suas competências num processo de aprendizagem mútua.

Na presente investigação, o modelo PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) serviu de referencial para organizar o processo de recolha e análise de dados.

A pesquisa foi desenvolvida na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis (instituição caso), a partir da criação de um “grupo semente”. Esta abordagem estratégica foi desenvolvida pela investigadora principal, que providenciou um procedimento e uma estrutura de apoio para auxiliar o “grupo semente” na definição de um projeto apropriado às necessidades do contexto. Inicialmente realizou-se a capacitação do “grupo semente”, que foi coordenada pelos autores de PEER-IESS. Na figura 5 apresenta-se de uma forma global as etapas do estudo, pela implementação do modelo PEER-IESS.

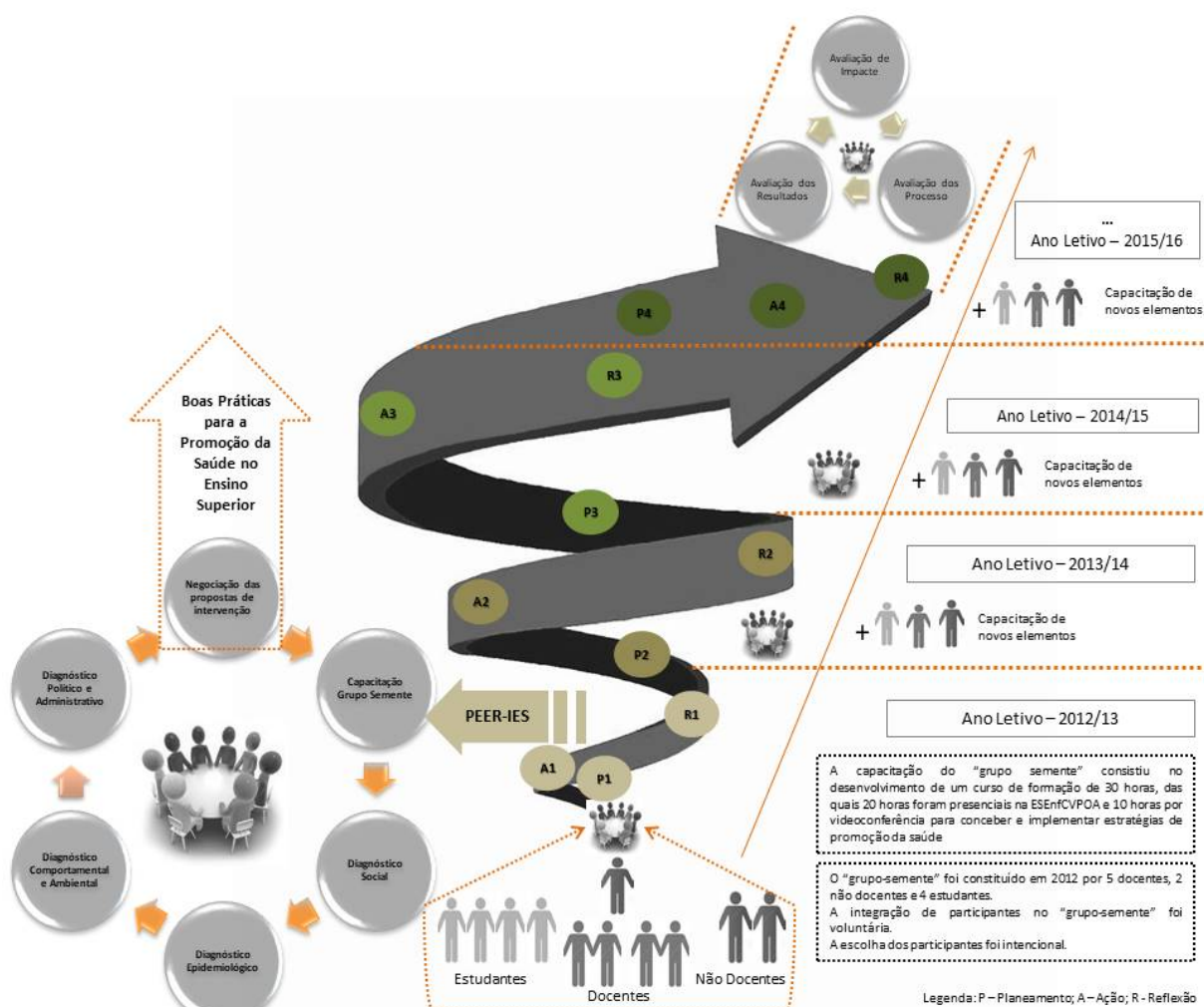


Figura 5: Modelo conceptual da investigação

Com o modelo PEER-IESS procurou-se verificar se é uma estratégia eficiente para o desenvolvimento de contextos promotores de saúde e para a aquisição de competências para o exercício da profissão.

3.3. Contexto do estudo

O estudo, como referido, desenvolveu-se na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis (ESEnfCVPOA), Instituição de Ensino Superior Politécnico não integrada, criada pelo Decreto nº 3/2002 de 6 de fevereiro, tendo como Entidade Instituidora a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP). A Escola situa-se no concelho de Oliveira de Azeméis, Distrito de Aveiro e começou a funcionar, num edifício cedido pela Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis. Em 2010 passou a operar nas

instalações definitivas, num edifício construído para o efeito à entrada do centro de Oliveira de Azeméis. No edifício onde a Escola iniciou a sua atividade ainda está instalada a Associação Académica, a Associação dos Antigos estudantes, Tunas académicas, masculina e feminina, o arquivo e, ainda se realizam algumas atividades de formação ao longo da vida. Parte das instalações antigas estão cedidas à universidade sénior. No edifício principal localizam-se os órgãos de gestão, os serviços administrativos, gabinete de investigação e desenvolvimento, gabinete de qualidade e auditoria, gabinete de mobilidade e cooperação internacional, gabinete de apoio ao estudante e inserção na vida ativa, gabinete de prestação de serviços à comunidade, serviço de documentação, informação e biblioteca, sala de docentes e as salas destinadas à lecionação (salas de aulas teóricas, laboratórios e auditório) dos cursos ministrados na Escola, e ainda, reprografia e restantes serviços de apoio aos estudantes.

O concelho de Oliveira de Azeméis está integrado na área Metropolitana do Porto, região Norte e NUT III de Entre Douro e Vouga. O município é composto por 12 freguesias, com uma área de 161,1 Km², tem uma densidade habitacional de 419,6 habitantes/Km². Os concelhos limítrofes são Arouca a nordeste, Vale de Cambra e Sever do Vouga a este, Albergaria-a-Velha a sul, Estarreja e Ovar a oeste e São João da Madeira e Santa Maria da Feira a noroeste. Oliveira de Azeméis é uma cidade que tem evoluído em resultado da atividade das IES do concelho. A oferta de alojamento temporário e espaços de recreação noturna é visível, nestes últimos anos.

Face às exigências que se colocam às IES e ao mercado de trabalho, a Escola procurou manter um corpo docente qualificado, com formação académica diversificada, abrangendo diferentes áreas do conhecimento, vinculado à instituição e ao ensino de enfermagem, com o objetivo de preparar os seus estudantes para uma prática de cuidados humanos, técnicos e cientificamente apropriados às necessidades dos indivíduos, ao nível da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e inserção social na família, na escola, no trabalho e na comunidade. Neste sentido, os colaboradores docentes e não docentes, os estudantes e outros atores comunitários, são um capital humano determinante na construção de um projeto de escola, que promova a notoriedade e o reconhecimento regional, nacional e internacional. A formalização de protocolos de cooperação com entidades na área da educação, dos diferentes níveis, saúde e outras entidades representantes da comunidade, nacionais e estrangeiras, na disponibilização de formação e para a mobilidade de estudantes, docentes e não docentes, constituem-se como estratégias de desenvolvimento da Escola e promoção da melhoria contínua da qualidade de ensino.

No que se refere à oferta formativa, à data do início do estudo, encontrava-se autorizado o

Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) pela Portaria nº 322/2002, 23 de março, e ainda, estavam autorizados e em funcionamento os cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, Saúde Materna e Obstetrícia, Médico-Cirúrgica, Reabilitação, Saúde Mental e Psiquiatria. A Escola desenvolveu diversas edições do curso de pós-graduação em Administração e Gestão dos Serviços Saúde (ESEnfCVPOA, 2012).

Preocupada com o desenvolvimento da profissão de enfermagem iniciou no ano de 2002 um plano anual de formação para enfermeiros e colaboradores internos, que tem procurado manter. Considerando que a formação ao longo da vida é mandatória para desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e da profissão de enfermagem, a ESEnfCVPOA tem procurado assegurar uma resposta formativa adequada às necessidades dos profissionais de enfermagem.

3.4. Seleção dos participantes

Numa primeira fase, constituímos um grupo de trabalho que, em conformidade com o paradigma de investigação do estudo foi considerado como investigadores, “grupo semente”, seguindo as orientações do modelo PEER-IESS. O grupo, criado em fevereiro de 2012, integrava quatro docentes, dois não docentes e quatro estudantes. A escolha dos participantes, por parte do investigador principal, foi intencional. Damos primazia à inclusão de participantes com experiência de intervenção em projetos na comunidade e que nas suas funções assumiam papéis de liderança: o coordenador do curso de licenciatura em enfermagem, o responsável pelo gabinete de apoio ao estudante e inserção na vida ativa, um docente com a especialidade em saúde comunitária e o responsável pelo gabinete de prestação de serviços à comunidade. Relativamente ao pessoal não docente foi integrada a responsável do secretariado pedagógico, pela sua relação de proximidade com os docentes e estudantes, e o responsável pela rede de comunicação e informação da escola. Os estudantes que integraram o grupo encontravam-se a frequentar o 2º e 3º ano do CLE, entre eles, o presidente da Associação Académica. Este grupo de estudantes já possuía conhecimento da Escola e já tinha participado, anteriormente, em ações de promoção da saúde em contexto escolar.

A capacitação do “grupo semente” consistiu no desenvolvimento de um curso de formação de 30 horas (anexo II), das quais 20 horas foram presenciais e 10 horas por videoconferência que se destinavam à conceção e implementação de estratégias de promoção da saúde. O curso foi promovido pelos coordenadores do PEER-IESS. No final da

formação o "grupo-semente" foi capaz de reconhecer os princípios e processos de desenvolvimento de um contexto promotor da saúde, nomeadamente na mobilização de uma comunidade do ensino superior da saúde; identificar os princípios psicopedagógicos da educação pelos pares; treinar técnicas de dinamização de grupos e de gestão de conflitos; conceber intervenções de promoção da saúde em contexto de ensino superior; reconhecer a articulação entre a educação pelos pares e a PaPS como estratégias fundamentais para atingir os objetivos de uma IES promotora de saúde.

O processo de capacitação teve em vista a mobilização da comunidade académica no sentido de numa segunda fase, se promover e dinamizar o envolvimento de toda a comunidade escolar, estudantes dos quatro anos do CLE, pós-licenciatura de especialização em enfermagem, pós-graduações, docentes e não docentes, órgãos de gestão e líderes comunitários. Tendo em conta que um dos objetivos era analisar os contributos do envolvimento neste processo de transformação na aquisição de competências para o exercício da profissão dos estudantes do CLE, a centralidade do foco de atenção dirigiu-se ao percurso dos estudantes que acompanharam o processo de pesquisa. Por essa razão, avaliamos o impacto nos estudantes do 4º ano.

Tratando-se de um processo de mobilização de uma comunidade educativa foram participantes:

- Grupo semente;
- Coordenadores dos cursos CLE e CPLEE;
- A ESEnfCVPOA representada pelos estudantes, docentes e não docentes e suas estruturas de gestão (membros do Conselho de Direção, Conselho Técnico-Científico; Conselho Pedagógico);
- Responsável pelo Gabinete de Investigação & Desenvolvimento;
- Responsável pelo Gabinete de Prestação de Serviços à Comunidade;
- Responsável pelo Gabinete de Apoio ao Estudante e Inserção na Vida Ativa;
- Presidente da Associação Académica;
- A comunidade representada pelo município.

3.5. Estratégias de recolha de dados

Com o objetivo de obter uma descrição mais rica e completa e compreender melhor os diferentes aspetos da realidade a estudar e de atenuar possíveis enviesamentos de uma metodologia única utilizámos diversas fontes de dados e vários métodos de recolha,

nomeadamente, observação participante, entrevista semiestruturada e análise documental. Diferentes tipos de dados proporcionam ao investigador diferentes perspetivas a partir das quais pode compreender melhor uma categoria e desenvolver as suas características (Creswell, 1997; Guba & Lincoln, 1994; Wolcott, 1994; Goetz & LeCompte, 1988; Strauss & Corbin, 2008; Maxwell, 2012).

O recurso a um conjunto de métodos diversificados e interrelacionados possibilita a triangulação, que permite uma mais ampla e profunda compreensão do fenómeno em questão. “A triangulação não é uma ferramenta ou uma estratégia de validação, é uma alternativa à validação. A combinação de diferentes perspetivas metodológicas, diversos materiais empíricos e a participação de vários investigadores num só estudo deve ser vista como uma estratégia para acrescentar rigor, amplitude, complexidade, riqueza, e profundidade a qualquer investigação” (Denzin & Lincoln, 2011, p. 5).

As diversas estratégias de recolha de dados adequaram-se a cada uma das fases do modelo PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005). Na figura 6 elencamos as atividades e as estratégias implementadas em cada uma das etapas.

	Etapas	Atividades/Procedimentos	Métodos e Técnicas
Fase PRECEDE	Diagnóstico social	Caraterização da comunidade educativa Ação social aos estudantes Recursos de saúde Plano de estudos, investimento na promoção da saúde Avaliação da satisfação dos estudantes Cooperação interinstitucional Projetos de promoção da saúde em desenvolvimento	Análise documental
	Diagnóstico epidemiológico	Sucesso académico Absentismo dos estudantes Perfil de saúde – estudantes, docente e não docentes	Análise documental Aplicação de questionários
	Diagnóstico comportamental e ambiental	Vulnerabilidade da comunidade estudantil nas festas académicas Risco da comunidade estudantil em contextos recreativos	Observação participante Aplicação de questionário
	Diagnóstico educacional e organizacional	Consulta a informadores-chave da comunidade estudantil, docente, não docentes e líderes comunitários Propostas de intervenção complementadas com revisão da literatura	<i>Focus group</i> com o método <i>Worldcafé</i>
	Diagnóstico político e administrativo	Negociação com a direção das propostas de intervenção	Entrevista não estruturada
Fase PROCEED	Avaliação do processo	Narrativas das atividades realizadas Narrativa do processo de pesquisa ação participativa	Análise documental Entrevistas Semiestruturadas
	Avaliação dos resultados	Análise do plano de estudos Cooperação interinstitucional Projetos de promoção da saúde implementados Avaliação da satisfação dos estudantes Perfil de saúde dos estudantes finalistas	Análise documental Aplicação de questionários
	Avaliação de impacto	Avaliação dos contributos do processo de implementação do PEER-ISS na aquisição de competências para o exercício da profissão. Formulação de políticas de promoção da saúde na instituição de ensino superior de enfermagem Avaliação das representações – órgãos de gestão, representante dos estudantes e docentes, coordenador do gabinete de investigação e desenvolvimento, e um líder comunitário representante do poder local	<i>Worldcafé</i> com estudantes finalistas Análise documental Entrevistas semiestruturadas

Figura 6: Síntese das etapas, atividades e procedimentos utilizados na investigação

Análise documental

A análise documental consiste em “identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica e, nesse caso, preconiza-se a utilização de uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos” (Souza, Kantorski, & Luis, 2011, p. 223). É considerada uma técnica de tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente da original, facilitando a consulta e referência. Tem por objetivo apresentar de outro modo a informação, por intermédio de procedimentos de transformação (Bardin, 2015).

Recorremos aos arquivos da instituição caso e para promover a análise construímos quadros de termos-chave, aos quais se foram acrescentando observações ou comentários sobre possíveis relações com as questões da pesquisa, relatos sobre a comunidade educativa, o ambiente envolvente e projetos de promoção da saúde implementados ou em fase de implementação, indicadores de satisfação com a IES, absentismo dos estudantes e sucesso académico, entre outros.

Observação participante

A observação participante foi realizada pelo investigador com o “grupo semente” e os atores sociais, nos seus contextos socioculturais. A correta utilização desta técnica implica que o investigador tenha habilidades e capacidades para a utilizar, requer a necessidade de eliminar alterações subjetivas para que possa haver a compreensão de factos e de interações entre sujeitos em observação, no seu contexto. Leininger (1991) refere que o investigador deve ser despojado de preconceitos e capaz de desenvolver um novo olhar sobre os participantes, sem o prévio rótulo, certo ou errado. Considera, ainda, que o processo sistemático de observar, detalhar, descrever, documentar e analisar os padrões específicos de uma cultura ou subcultura é essencial para a compreensão dessa mesma cultura. A observação envolve o uso das sensações para recolher informação e desenvolver uma compreensão do mundo que nos rodeia (Booth, 2015).

Construímos um guião orientador, com itens definidos previamente, considerando os objetivos do estudo. O guião constituiu-se um instrumento precioso, pois ao servir de fio condutor na observação, preveniu possível enviesamento e evitou a dispersão dos diversos investigadores (investigador principal e “grupo semente”).

O “grupo semente” colaborou na observação dos contextos recreativos, aquando da realização do diagnóstico comportamental e ambiental, no que se refere à vulnerabilidade da comunidade estudantil nas festas académicas. Para tal, desenhamos um guião de

observação participante, específico, com o objetivo de caracterizar os contextos recreativos noturnos que os estudantes frequentavam durante as festas académicas (anexo III).

Questionários

Para a recolha de dados sobre a comunidade educativa, aplicamos diversos questionários: a versão portuguesa do *Fantastic Lifestyle Assessment* desenvolvido por Wilson e Ciliska (1984) traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Silva, Brito e Amado (2014), complementado com a “Escala de Autoimagem de Stunkard” (Scagliusi et al., 2006); a versão portuguesa da Rosenberg *Self-Esteem Scale* (RSES), desenvolvida por Rosenberg em 1965 traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Santos e Maia (2003); a versão abreviada do questionário “Bem-estar psicológico (QBEP)” (Grossi et al., 2006); e o questionário “Risco em Contexto Recreativo” tradução para português pelo IREFREA Portugal do “*Recreational-prev:Recreational culture as a tool to prevent risk behaviour*” (Hughes, 2005).

O questionário “Estilo de Vida Fantástico” (Silva, et al., 2014) é um instrumento de autopreenchimento que permite a exploração dos hábitos e comportamentos dos inquiridos sobre os estilos de vida adequados para a saúde, constituído por 30 itens, de resposta fechada, agrupados em 10 domínios (FANTÁSTICO: F – Família e amigos, A – Atividade física/associativismo, N – Nutrição, T – Tabaco, A – Álcool e outras drogas, S – Sono/Stresse, T – Trabalho e tipo de personalidade, I – Introspeção, C – Comportamentos de saúde e sexual, O – Outros comportamentos). Cada um dos itens está operacionalizado em três opções de resposta (0, 1 ou 2). O *score* total varia entre 0 e 120, obtendo-se pela soma da pontuação de todos os itens multiplicada por dois. Face ao *score* obtido o comportamento dos indivíduos é estratificado em cinco níveis: 0 a 46 (necessita de melhorar) indica que o estilo de vida envolve muitos fatores de risco; 47 a 72 (regular), significa que o estilo de vida pode proporcionar benefícios para a saúde, porém apresenta alguns riscos; 73 a 84 (bom), indica que o estilo de vida trará muitos benefícios para a saúde; 85 a 102 (muito bom), significa que o estilo de vida exercerá uma adequada influência na saúde; e de 103 a 120 (excelente) indica que o estilo de vida exercerá uma elevada influência sobre a saúde (anexo IV).

Dado que o estudo recolhe informação junto do indivíduo num único momento, numa relação de um investigador para todos os casos, a consistência interna releva-se de extrema relevância (Polit, Beck & Hungler, 2004; LoBiondo-Wood & Haber, 2001). A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, indicando como cada um deles está ligado aos outros enunciados da escala. Assim, quanto maior a correlação entre os diferentes enunciados maior a consistência interna do

instrumento. Segundo Fortin (2009), uma das principais técnicas para avaliar a consistência interna é o *Alpha Cronbach*, o qual é utilizado quando existem várias escolhas para o estabelecimento dos scores (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Procedeu-se à análise da consistência interna que nos indica de que forma os itens estão relacionados entre si. Quanto maior a correlação entre os diferentes itens maior a consistência interna do instrumento, considerando-se uma boa consistência interna quando esta excede os 0,70 (Macnee & McCabe, 2008; Pestana & Gageiro, 2014). No nosso estudo o *Alpha Total* foi de 0,768, que é indicativo de uma boa consistência interna, é ligeiramente superior ao obtido por Silva, Brito e Amado (2014) no estudo de validação da escala para a população portuguesa (0,63).

A escala de autoimagem de Stunkard (Scagliusi et al., 2006) consiste numa escala composta por nove figuras. Varia de uma figura muito magra (representada por 1) até uma figura obesa (representada por 9). Os participantes escolhem, entre as nove figuras, uma que represente o seu tamanho corporal no momento, uma que represente uma pessoa saudável e outra a figura que desejariam ser. Da escala resultam cinco variáveis: 1) número correspondente à figura atual; 2) número correspondente à figura saudável; 3) número correspondente à figura ideal; 4) *score* da discrepância entre a figura saudável e a atual (subtraindo-se o número correspondente à figura saudável do número correspondente à atual); 5) *score* da discrepância entre as figuras ideal e atual (subtrai-se o número correspondente à figura ideal do número correspondente à atual). Quanto mais próximo do zero forem os resultados, mais real é a percepção dos participantes e menor é a sua insatisfação, relativamente à sua imagem corporal.

A escala de “Autoestima de Rosenberg” (Santos & Maia, 2003) está operacionalizada numa escala tipo *Likert* de 4 pontos, variando entre os seguintes campos semânticos (1 – discordo muito a 4 - concordo muito). A pontuação total da escala varia entre 10 e 40, sendo que pontuações elevadas indicam uma autoestima mais elevada. Na análise da consistência interna obtivemos um valor de *alpha de Cronbach* total de 0,83 que alinha com os valores de Santos e Maia (2003) (0,86), valor considerado muito bom (Macnee & McCabe, 2008; Pestana & Gageiro, 2014) e, por isso, podemos afirmar que se trata de uma escala que mede realmente o conceito de autoestima.

A versão abreviada do questionário “Bem-Estar Psicológico” (QBEP) (Grossi et al., 2006) é constituída por seis dimensões: ansiedade; vitalidade; humor deprimido; autocontrolo; bem-estar positivo e saúde em geral. Cada uma das dimensões está operacionalizada numa escala de tipo *Likert* de 6 pontos, a cotação varia entre 0 e 5, variando o *score* total entre 0 e 30, sendo que o bem-estar psicológico dos participantes será tanto melhor quanto maior for

o score. É de referir que esta escala foi disponibilizada aos estudantes para preenchimento via *online* (*Google Docs*). Adotámos este procedimento pelo facto da escala ter sido aplicada conjuntamente com o questionário dos contextos recreativos e este conter questões de natureza íntima. Foi nosso entendimento de que este procedimento seria o mais adequado para promover a privacidade dos participantes, no seu preenchimento. Esta escala está a ser utilizada no âmbito da rede de pesquisa participativa PEER (Brito e Mendes, 2009).

O questionário “Risco em Contexto Recreativo” tradução para português pelo IREFREA Portugal do “*Recreational-prev:Recreational culture as a tool to prevent risk behaviour*” (Hughes, 2005), que analisa a vulnerabilidade da comunidade estudantil nas festas académicas é composto pelas seguintes dimensões: saídas noturnas, sexualidade, consumo de álcool, tabaco e outras drogas e questões sobre os amigos. Cada dimensão tem um conjunto de variáveis operacionalizadas de diversas formas: perguntas abertas perguntas dicotómicas, de resposta múltipla e escalas com diferentes critérios de mensuração. Para além destas especificidades inclui perguntas sobre características sociodemográficas, biológicas, pessoais, familiares e amigos.

Focus Groups (Worldcafé)

Esta técnica permite abordar temas em profundidade sendo reveladas características dos elementos que compõem o grupo focal que seriam difíceis de reconhecer por intermédio de outra técnica. A sua combinação com outras técnicas poderá ocorrer em diferentes fases da investigação (Stewart & Shamdasani, 2015; Kruger & Casey, 2009). Proporciona uma riqueza e flexibilidade na recolha de dados, que por intermédio da aplicação de um instrumento de forma individual não seria possível, além de proporcionar ganhos pela espontaneidade e interação entre os participantes (Krueger & Casey, 2009). O *focus groups* pode, também, ser utilizado para recolher a opinião em profundidade dos seus elementos, para revelar características do grupo e dos indivíduos que o compõem, no sentido de entender como pensam e porque pensam de determinada forma (Goodman & Evans, 2015; Kitzinger, 2013; Flick, 2009; Dahlin-Ivanoff & Hultberg, 2006; Freeman, 2006).

Os *focus groups* foram realizados na forma de *Worldcafé*. Este consiste num “processo criativo para facilitar o diálogo colaborativo e partilha de conhecimentos e ideias criar uma rede viva de conversa e ação. Neste processo, foi criado um ambiente de café, no qual os participantes discutem uma pergunta ou problema em pequenos grupos em torno das mesas de café” (Slocum, 2005, p. 185). Trata-se de um processo de diálogo em grupos, nos quais os participantes se dividem em diversas mesas, e conversam em torno de uma pergunta central. O processo é organizado de forma que as pessoas circulem entre os

diversos grupos e conversas, conectando e disseminando as ideias, tornando visível o conhecimento e o trabalho do coletivo.

Para que os participantes estivessem desinibidos e mais livres para dar o seu contributo, foi importante criar um espaço acolhedor e hospitaleiro na sala de convívio dos estudantes onde foi recriado um ambiente de cafeteria, pois quando as pessoas se sentem confortáveis para serem elas mesmas, tornam o seu pensamento, fala e escuta mais criativos (Brown, & Isaacs, 2008).

Criámos um roteiro organizado em quatro fases principais: introdução, legitimação do *Worldcafé*, desenvolvimento e conclusão (Figura 7), para o *Worldcafé* inicial e final. O *Worldcafé* inicial foi realizado na sala de convívio da Escola, pelo “grupo semente” e investigador principal. Foi recriado um ambiente de cafeteria, para receber o grupo de participantes, presidente da associação de estudantes, estudantes, docentes, não docentes e líderes comunitários (representantes do município e um jornalista). O *Worldcafé* final foi realizado na sala de convívio da Escola com os estudantes do 4º ano com intuito de analisar os contributos do envolvimento na pesquisa-ação participativa em saúde, dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, para a aquisição de competências para o exercício da profissão. Os dados foram recolhidos em folhas de papel de cenário que forraram as mesas dos grupos de conversação.

Fases		
Introdução	Agradecer pela disponibilidade e participação no fórum Propor a apresentação de todos os participantes	
Legitimação do <i>Worldcafé</i>	Apresentar o “grupo semente” e investigador como facilitadores do <i>Worldcafé</i> Solicitar autorização para citar na íntegra ou pequenos excertos das rodas de conversas e efetuar registo áudio e de imagem Informar de forma global sobre a natureza do fórum comunitário e sua importância para o estudo	
	Roteiro do <i>Worldcafé</i> inicial	Roteiro do <i>Worldcafé</i> final
Desenvolvimento	Apresentar a finalidade e objetivos do estudo Contextualizar brevemente a fase do processo investigativo Explicar a metodologia do <i>Worldcafé</i> Apresentar os objetivos do <i>Worldcafé</i> : gerar conhecimento coletivo acerca dos resultados da fase PREECEDE-PROCEED; desenhar intervenções de promoção da saúde para a comunidade académica	Apresentar a finalidade e objetivos do <i>Worldcafé</i> Contextualizar brevemente a fase do processo investigativo Apresentar os objetivos do <i>Worldcafé</i> : avaliar os contributos do processo de implementação do PEER-IESS na aquisição de competências para o exercício profissional; compreender o significado atribuído à participação nas atividades de promoção da saúde no âmbito do PEER-IESS
Conclusão	Sintetizar as descobertas e apresentar a todo o grupo os resultados de cada mesa de rodadas de diálogos Identificar padrões no conhecimento coletivo e intervenções Referir a disponibilidade para esclarecimento de, eventuais, dúvidas ao longo do estudo	

Figura 7: Roteiro para o *Worldcafé*

Entrevistas

Foram realizadas dezasseis entrevistas, uma não-estruturada e quinze semiestruturadas, que seguiram dois guiões de entrevista previamente elaborados (anexo V).

A entrevista não-estruturada decorreu na fase PRECEDE no âmbito do diagnóstico político e administrativo e visou negociar com o presidente do conselho de direção da Escola as propostas de intervenção e alinhar os recursos e tecnologias necessárias e disponíveis para desenvolver e implementar o programa de promoção da saúde.

Na avaliação do processo de implementação do PEER-IESS, fase PROCEDE, foi efetuada uma entrevista semiestruturada isolada a cada membro do “grupo semente” (8 informantes), com recurso a um dos guiões de entrevista. Estas entrevistas foram constituídas por questões abertas e fechadas de forma a “(...) estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante” (Fortin, 2009, p. 248). O guião da entrevista teve por base os indicadores definidos pela PaPS (ICPHR, 2013a) para o processo de abordagem de pesquisa-ação participativa.

Com o outro guião de entrevista recolheram-se dados sobre a perceção e representações de membros dos órgãos de gestão, responsáveis de departamento, líderes académicos e representante do poder local (7 informantes), sobre o impacto da implementação do modelo PEER-IESS e validação desta estratégia como uma atividade eficaz para o desenvolvimento de contextos promotores de saúde. O guião desta entrevista, semiestruturada, foi constituído na sua maioria por questões fechadas e abertas, que integraram os critérios de ACHA (2012).

Todos os informantes foram contactados presencialmente e antes da realização das entrevistas foi solicitada a assinatura do termo de consentimento informado (anexo VII). Após consentimento informado dos informantes procedeu-se à gravação do discurso dos mesmos, com uma duração média de 30 minutos (por entrevista). Os dados foram recolhidos entre 2013 e 2016 e transcritos e analisados com os meios e procedimentos que descrevemos no capítulo que se segue.

3.6. Tratamento e análise dos dados

Para o tratamento e análise dos dados quantitativos recorreremos à estatística descritiva, correlacional e inferencial, com recurso ao SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 22.0. Após a codificação das respostas dos questionários e a sua numeração sequencial, construímos a base de dados. Com o cumprimento deste procedimento ficou facilitada a execução estatística dos dados, quer através da estatística descritiva, quer de relação, inferencial e multivariada.

No tratamento estatístico, seguimos as orientações de Hill e Hill (2002), relativas ao cálculo das estatísticas preliminares. Assim, realizámos alguns procedimentos preliminares com carácter exploratório, com o objetivo de nos familiarizarmos com os dados relativos aos instrumentos atrás referidos e descrever as suas características básicas. Para analisar os dados obtidos pela aplicação de escalas, usámos a estatística descritiva, correlações de *Pearson*; coeficiente de *alpha* e teste *t*. Foram tomados em consideração os pressupostos da normalidade da distribuição dos dados e da homogeneidade da variância. As escalas utilizadas neste estudo têm características de escala, ordinal, em que o valor de medida da variável obedece a uma ordem. Contudo, a diferença entre os valores numéricos utilizados como critério de medida é sempre igual, indicando diferenças sempre iguais na variável medida e neste sentido é sempre possível a transformação das variáveis, permitindo assim tratar estas escalas como escalas de intervalo (Hill & Hill, 2002).

Tendo em atenção as limitações impostas pela metodologia do estudo e os objetivos a atingir, limitámos a nossa discussão à avaliação da consistência interna. Na opinião de Polit Beck e Hungler (2004) esta técnica é a mais utilizada pela maioria dos investigadores e as razões apresentadas para este facto, prendem-se com a economia de tempo e por se tratar de um dos métodos que melhor avalia uma das fontes mais importantes de erro de quantificação, que é a obtenção dos pontos de indagação. Os índices de homogeneidade ou de consistência interna, procuram medir a magnitude no qual os itens de um instrumento são equivalentes, em termos de medir o atributo que se propõem medir. Segundo Pestana e Gageiro (2008) o coeficiente *alpha de Cronbach* é uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de grupo de variáveis. O coeficiente de fidelidade é a proporção entre a variabilidade verdadeira e a variabilidade total das pontuações obtidas nos sujeitos inquiridos (Bryman & Cramer, 2005; Polit, Beck & Hungler, 2004; Page, 1993).

O coeficiente *alpha de Cronbach*, varia entre 0 e 1, quanto mais próximo estiver de 1 maior será a fidelidade interna da escala. Bryman e Cramer (2005) referem que com um valor de alfa superior a 0,70, a consistência interna de uma escala já pode ser considerada como sólida. Um coeficiente de *alpha* elevado significa que o conjunto de afirmações escolhidas para representar o conceito é coerente e constitui uma boa medida de concordância entre os indicadores (Gouthier, 2003). Contudo, alguns autores referem que valores de *alpha* abaixo de 0,50 são comuns e que este facto não invalida necessariamente uma técnica, dado que um valor de *alpha* baixo pode ser compensado aumentando o tamanho da amostra (Ferguson, 1984).

Na opinião de Rust e Golombok (2009), a validade preditiva é usada sempre que um teste se destina a fazer predições, por exemplo, quando se pretende predizer o sucesso no

campo selecionado, normalmente chamado sucesso no critério. Para estes autores, uma simples correlação de *Pearson* entre os *scores* da escala e o *score* da medida critério utilizado poderá dar a medida da validade preditiva. Quanto maior for a correlação, melhor é a validade.

Os dados recolhidos através da entrevista que visaram recolher dados sobre a perceção e representações de membros dos órgãos de gestão, responsáveis de departamento, líderes académicos e representante do poder local, sobre o impacte da implementação do modelo PEER-IESS, foram analisados de acordo com os critérios de ACHA (2012) descritos nas páginas 53 e 54. Adicionamos uma nova dimensão, que derivou da necessidade de averiguar se o processo teve por base uma abordagem de PaPS (ICPHR, 2013a) junto do grupo-semente. Estas oito dimensões foram operacionalizadas em 28 indicadores (figura 8).

1. Integração com a missão da Instituição de Ensino Superior. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que alinhem as iniciativas de promoção da saúde com a missão das Instituições de ensino superior
1.1. O plano estratégico (políticas institucionais) inclui a promoção da saúde na missão e os valores da IES
1.2. Foram desenhadas iniciativas de promoção da saúde que apoiem o sucesso académico
1.3. Foi realizada pesquisa que demonstra o efeito dos comportamentos individuais e fatores ambientais no sucesso académico
2. Prática de abordagem socioecológica. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem uma abordagem socioecológica
2.1. Utilizam o modelo PRECEDE-PROCEDE na implementação do PEER-IESS
2.2. O desenho das intervenções de promoção da saúde visa a transformação do contexto académico através de iniciativas multidimensionais
2.3. Há evidência de interrelações e interdependências dos membros e sistemas da IES com a comunidade
3. Prática colaborativa. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que se envolvam e colaborem como parceiros interdisciplinares
3.1. Existe uma visão compartilhada da saúde como responsabilidade de todos os membros da IES
3.2. Foram estabelecidas parcerias interdisciplinares na IES e na comunidade que melhorem as iniciativas de promoção da saúde
4. Competência cultural. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que demonstrem competência cultural e inclusão
4.1. As intervenções de promoção da saúde atendem às diferenças sociais e culturais que influenciam a saúde
4.2. As iniciativas de promoção da saúde são proativas e sensíveis às necessidades e preferências de uma população diversificada
4.3. Foram criadas oportunidades para uma melhor compreensão entre cultura, identidade e justiça social como determinantes da saúde
5. Prática baseada na teoria. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem quadros teóricos e modelos de planeamento dirigidos à saúde individual e da comunidade
5.1. Foram utilizados referenciais teóricos de fontes interdisciplinares na conceção e implementação das iniciativas de promoção da saúde
5.2. Os programas de promoção da saúde são avaliados em função dos resultados esperados
6. Prática baseada na evidência. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que compreendam e apliquem a evidência científica na promoção da saúde
6.1. As iniciativas de promoção da saúde baseiam-se em práticas com eficácia demonstrada
6.2. As iniciativas de promoção da saúde têm objetivos e metas mensuráveis
6.3. Foram utilizados métodos qualitativos e quantitativos na avaliação dos programas de promoção da saúde
6.4. Os resultados da avaliação dos programas de promoção da saúde são disseminados na IES e aos parceiros comunitários
7. Aperfeiçoamento profissional e prática ética. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior exige profissionais envolvidos aperfeiçoamento profissional e com uma prática ética
7.1. Foram aplicados os princípios éticos para a prática da promoção da saúde
7.2. Os gestores dos projetos participam regularmente em atividades de desenvolvimento profissional
7.3. Os gestores dos projetos apoiam os outros no reforço das suas competências de promoção da saúde
7.4. A IES contribui profissionalmente para o domínio da promoção da saúde
8. Pesquisa-ação participativa. A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior exige que as IES concebam e implementem estratégias de promoção da saúde envolvendo os estudantes e os recursos locais (<i>bottom up strategy</i>)
8.1. A pesquisa para e com todos (o grupo semente inclui docentes, estudantes, não docentes e comunidade abrangente)
8.2. A relação entre os pesquisadores e o grupo-alvo é participativa (contratual, consultiva, colaborativa ou colegial)
8.3. A base para a seleção dos programas de promoção da saúde são as necessidades identificadas, com processos de consenso participativo e de acordo com as prioridades locais
8.4. Nos programas de promoção da saúde são analisados o processo e o impacto
8.5. O diálogo é valorizado para a resolução dos problemas de acordo com as necessidades e cultura da comunidade educativa
8.6. O conhecimento é partilhado com as instituições e/ou aos participantes
8.7. Foram criadas políticas a partir dos programas de promoção da saúde

Figura 8: Síntese das unidades de análise e respetivos indicadores

Para a análise dos dados qualitativos das entrevistas semiestruturadas recorremos ao *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) (Camargo & Justo, 2013). Este programa possibilita diferentes processamentos e análises estatísticas de textos produzidos. O IRAMUTEQ permite fazer análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde análise simples a análises multivariadas como classificação hierárquica descendente, análise pós-fatorial de correspondências, análises de similitude e nuvens de palavras (Camargo & Justo, 2016). Neste estudo selecionamos para a análise do conteúdo do *corpus* textual a análise de similitude que nos permitiu identificar as percepções e representações sociais dos informantes privilegiados e possibilitou identificar as coocorrências entre as palavras e o resultado trazendo indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo do *corpus* textual. O IRAMUTEQ permite, também, identificar as partes comuns e as especificidades em função das variáveis descritivas identificadas na análise e, ainda, as comunidades de palavras, agrupando-as e organizando-as graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical simples, porém graficamente interessante, pois permite demonstrar a utilização de palavras-chave presentes no discurso dos informantes e verificar a sua ligação aos objetivos preconizados para a investigação (Marchand & Ratinaud, 2012).

Após a transcrição das entrevistas, numa primeira fase, foi necessário preparar o *corpus* para análise, transcrevendo as respostas obtidas num documento de texto com recurso ao *software* OpenOffice. Essa fase incluiu igualmente a codificação dos participantes (sujeito 1, sujeito 2,...), das variáveis, a sua caracterização em função do objetivo das entrevistas, formando linhas de comando, que iniciam a transcrição das entrevistas, e informam sobre a identificação do participante.

Entendendo as bases da análise estrutural, com o apoio do IRAMUTEQ, numa primeira fase, foi realizada uma análise lexicográfica clássica que permitiu identificar e formatar unidades de texto, transformar textos em segmentos textuais e identificar frequências de palavras, frequências médias e hapax (palavras com frequência = 1), identificar o vocabulário e reduzir as palavras às suas unidades lexicais primárias (formas reduzidas) criando o dicionário de formas reduzidas, e identificando as formas ativas e complementares que se encontravam no discurso dos participantes. Posteriormente, realizou-se a análise de especificidades e a análise fatorial de correspondência (AFC), esta análise associa textos com as variáveis selecionadas para caracterizar os participantes.

Outra análise realizada, com o apoio do *software*, consistiu na Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Os segmentos de texto foram agrupados de acordo com os

vocabulários e distribuídos em consonância com as frequências das formas reduzidas. Usando matrizes que cruzam formas reduzidas com segmentos de texto, o método de CHD permitiu obter uma classificação definitiva do corpus textual. Os critérios para inclusão dos elementos nas suas classes respectivas são a frequência maior que a média de ocorrências no corpus (Camargo, Bousfield, Giacomozzi, & Koelzer, 2014). Como critérios de inclusão de elementos no dendograma e no plano fatorial, utilizámos como ponto de corte da análise o qui-Quadrado ($\chi^2 \geq 3,84$) e o nível de significância ($p < 0,05$).

Os resultados do CHD são apresentados sob a forma de um dendograma que demonstra as relações entre as classes, os segmentos de texto e as variáveis dos participantes. O *software* calcula os resultados descritivos de cada classe de acordo com seu vocabulário principal (léxico) e palavras com asterisco (variáveis) fornecendo outra forma de apresentação dos resultados, derivados da análise do fator de correspondência. Com base nas classes geradas, o *software* calcula e fornece os segmentos de texto mais típicos de cada classe, fornecendo-lhes um contexto (Camargo & Justo, 2016). As classes geradas pela CHD representam o contexto de sentido das palavras e podem apontar condutas e comportamentos, interações intergrupais ou pedagógicas estabelecendo uma correspondência entre o contexto e a sua representação, bem como reforçando questões identitárias ancoradas na missão e nos valores da instituição-caso (Abric, 2011).

A análise de similitudes baseia-se na teoria dos grafos, e permite identificar as coocorrências das palavras, fornecendo informações sobre a sua conectividade, ajudando assim a identificar a estrutura do conteúdo do corpus textual, através da representação gráfica de uma rede interativa. Também permite identificar as partes e especificidades compartilhadas de acordo com as variáveis descritivas identificadas na análise (Loubère, 2016; Marchand & Ratinaud, 2012).

Após a realização do *World café* procedeu-se à análise dos dados registados nas folhas pelos participantes recorrendo ao método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2015). Os dados foram transcritos e posteriormente analisados através da técnica de análise de conteúdo que “(...) utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p. 40). Este conjunto de técnicas envolve um elevado grau de complexidade pela exigência do “(...) trabalho de desconstrução para a construção (...)” requerendo que o “(...) pesquisador esteja aberto para a compreensão de que as palavras têm muito mais a dizer do que dizem” (Batista & Campos, 2007, p. 265). Procuramos definir as categorias de forma exclusiva e encontrar as unidades de registo, podendo ser palavras ou frases. Por vezes, o importante não é tanto as palavras, segundo a sua natureza semântica, mas mais o sentido e contexto onde elas estão inseridas (Lakatos & Marconi,

2002). Procurou-se que toda a apreciação (tomada de posição) feita pelos participantes fosse interpretada com a maior objetividade possível de forma a que as unidades de registo refletissem tal objetividade, dando assim, sentido às proposições delas resultantes.

Nos dados que resultaram do diagnóstico educacional e organizacional o processo de categorização foi à *posteriori*, uma vez que o sistema de categorias é resultado da classificação analógica e progressiva dos elementos; o título da categoria só foi definido no final da operação, ou seja, emergiu do *corpus* de análise. A literatura, assim como a nossa experiência forneceram-nos ideias e modelos capazes de nos ajudar no trabalho interpretativo.

Na avaliação dos contributos do processo de implementação do modelo PEER-IESS na aquisição de competências para o exercício profissional o processo de categorização foi à *priori*, sendo enquadrados nas competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas no Regulamento do Perfil de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

3.7. Considerações éticas

Toda a investigação desenvolvida no âmbito da saúde e, nomeadamente das ciências de enfermagem, acarreta uma grande responsabilidade e desafio ético. O paradigma de PaPS acrescenta novos desafios e condições de investigação particulares, nomeadamente, de rigor, responsabilidade e respeito das práticas de pesquisa pelos investigadores e de todos aqueles que com eles colaboram (ICPHR, 2013b).

O paradigma da PaPS envolve um conjunto de aspetos éticos muito diversos no processo de pesquisa que importa conhecer e compreender para que se tomem em linha de conta quando planeamos e implementamos um projeto de investigação inserido neste paradigma. Como referimos anteriormente, a PaPS debruça-se sobre um conjunto de problemas subjacentes a situações concretas, forma como são vividos e experienciados pelos seus protagonistas, e se integram no ecossistema. O pressuposto fundamental baseia-se no envolvimento e na participação dos protagonistas, reconhecendo-se o valor da sua contribuição para a cocriação do conhecimento num processo prático, colaborativo e capacitador (Glasper & Rees, 2017).

Na PaPS é muito importante construir relações recíprocas e colaborativas, desde a fase de conceção, desenho do estudo à recolha de dados, análise e disseminação dos resultados (Ferreira & Gendron, 2011). Neste sentido, é necessário refletir e definir procedimentos e

acordar princípios para avaliar quais as questões éticas que podem afetar as pessoas envolvidas, minimizando os riscos e prevendo eventuais danos nos participantes. Essas normas estão relacionadas com a proteção da privacidade, a definição dos papéis dos facilitadores externos, as tarefas e exigências solicitadas aos participantes (Bergold & Thomas, 2012). Até há pouco tempo, os códigos éticos consideravam principalmente os indivíduos como sujeitos passivos da investigação. Porém, os danos e benefícios de uma participação ativa na investigação também devem de ser reconhecidos e tratados eticamente na investigação-ação participativa (Loewenson, et al., 2015). Um elemento intrínseco à PaPS é o facto do poder se transferir para todos os participantes, e para a comunidade envolvida a responsabilidade da investigação, sendo esta uma característica diferenciadora de outros paradigmas em que o poder e o controlo se encontram nas mãos de outros atores, sejam eles académicos ou de financiadores (Smith & Blumenthal, 2012). Os investigadores devem ter consciência dos possíveis desequilíbrios de poder que podem acontecer entre os facilitadores externos à investigação e aqueles que colaboram diretamente e estão comprometidos com o processo de investigação. Este é um aspeto de particular importância, quando existe um risco de exploração ou exposição estigmatizante, como por exemplo de grupos de indivíduos marginais e vulneráveis que podem ser etiquetados e discriminados socialmente (Loewenson, et al., 2015).

De acordo com as orientações da ICPHR (2013b), relativas aos princípios e práticas éticas na PaPS, é importante que se assegure ao longo do processo de investigação: o respeito mútuo, a igualdade e inclusão, a participação democrática, a aprendizagem ativa, o fazer a diferença, a ação coletiva e a integridade pessoal. Na instituição-caso realizaram-se os procedimentos necessários à efetivação da pesquisa. Foi promovida, durante a capacitação do “grupo semente”, a discussão e cocriação do protocolo de investigação, que foi paralelamente negociado e aceite pelo Presidente do Conselho de Direção (anexo VI). Todo o processo se fundamentou no trabalho realizado em função da visão acordada em grupo, tendo existido ao longo deste processo de transformação uma partilha de conhecimento e de poder promotora da mudança e da justiça social.

Existiram, desde a conceção do projeto de investigação até à fase de implementação da pesquisa, procedimentos éticos que asseguraram o respeito mútuo por todos os que colaboraram neste trabalho, nomeadamente pela clarificação inicial do conceito de respeito mútuo, a preparação dos participantes para respeitarem, ouvirem e aceitarem as opiniões dos outros. Relativamente à promoção do respeito mútuo, no âmbito da capacitação do “grupo semente” foram desenvolvidas dinâmicas de grupo com a finalidade de promover o autoconhecimento e o conhecimento do outro. Estas ações foram promotoras do relacionamento entre os elementos do “grupo semente” e destes com os participantes, o que

se pautou por um permanente respeito, pelas suas ideias e contributos. Todos souberam ouvir e dialogar com o outro, embora com níveis de conhecimento e de intervenção diferentes.

Houve uma preocupação na inclusão e promoção da igualdade entre os elementos do “grupo semente” e a comunidade académica. O “grupo semente”, como referido, incluiu docentes, não-docentes e estudantes, promovendo a igualdade de oportunidade de participação no processo de pesquisa e de aceitação da diversidade de motivações, atitudes e comportamentos, saberes e experiências profissionais. Procurou-se que todos os participantes contribuíssem significativamente para as discussões de acordo com a perícia, interesses e necessidades coletivas. Todos os elementos do “grupo semente” foram capacitados para a realização das intervenções, análise e discussão dos dados em todas as etapas do modelo PRECEDE-PROCED. Foram utilizados diferentes métodos participativos de recolha de dados que contribuíram para o planeamento das intervenções e respetiva avaliação, como por exemplo o *worldcafé*.

A partilha de informação, o aconselhamento e a pesquisa pelos pares, promoveram a aprendizagem individual e do grupo, que se traduziu numa melhoria significativa e evolutiva durante o processo de pesquisa. As experiências de cada um e as suas representações enriqueceram o trabalho global, com implicações positivas na comunidade académica promotoras de uma aprendizagem ativa assente nos princípios da psicopedagogia de educação pelos pares.

Ao longo do processo foram evidenciadas formas de trabalho ativo envolvendo os participantes nas mudanças positivas significativas ao nível do ensino e da organização, bem como emergiram novas necessidades de mudança das políticas organizacionais. A própria pesquisa foi sendo alimentada com a discussão dos resultados e a conceção das propostas de intervenção em termos de promoção da saúde e por conseguinte todos os participantes beneficiaram com isso.

A ação coletiva foi permanentemente respeitada através da realização das atividades em grupo, pela ação colaborativa, tendo sempre presente o processo de transformação e mudança do contexto, da organização e da comunidade académica.

No âmbito do respeito pela integridade pessoal procurou-se que os participantes se comportassem com honestidade, numa perspetiva transparente e de mútuo respeito. Ao longo do processo existiu uma supervisão das relações que se estabeleceram entre os diferentes participantes do “grupo semente”. Foram incluídas como temáticas na sua

capacitação, a dinamização de grupos e gestão de conflitos, a comunicação entre pares e os princípios das UPS e da PaPS.

Para além da aplicação destes princípios éticos foi respeitada a participação voluntária no estudo, tendo sido garantido o anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência durante o processo. Cada elemento do “grupo semente” assinou um termo de consentimento informado (anexo VII), bem como, os participantes nas entrevistas. Foi autorizado pelos autores dos questionários a sua aplicação no estudo de investigação (anexo VIII).

Os questionários lançados *online*, na nota introdutória faziam referência à participação voluntária e livre, bem como à finalidade e uso das informações obtidas (anexo IV). Os questionários de preenchimento presencial foram lançados pelos investigadores. O retorno dos questionários pelos participantes implicou a aceitação dos termos do estudo.

A recolha de som nas sessões de promoção da saúde foi comunicada através da exposição de anúncios à entrada dos locais e através da comunicação oral.

Todos os dados e informações recolhidas que continham dados pessoais e sensíveis foram armazenados separadamente de outras informações pessoais. Os questionários, preenchidos de forma anónima, foram guardados num armário de arquivo fechado criado para o efeito e as respostas aos questionários *online* foram guardadas num computador protegido por senha de acesso. A análise dos dados foi efetuada sempre no mesmo espaço disponibilizado pela Escola para o efeito.

A confidencialidade foi assegurada pela não transmissão aos restantes participantes, de informação pessoalmente comprometedora ou que a pessoa referisse que não queria que fosse transmitida a terceiros. Esses dados foram também excluídos da análise dos resultados. As circunstâncias da divulgação dos resultados em fórum comunitário foram clarificadas com antecedência com todos os que participaram no trabalho.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos capítulos anteriores foi apresentado o quadro teórico que orientou a pesquisa e os procedimentos metodológicos para a implementação do modelo PEER-IESS na instituição – caso. No presente, apresentamos os resultados tentando enquadrá-los em teorias ou conceitos que justifiquem os achados desta pesquisa. Os resultados são apresentados segundo as fases: diagnóstico social, diagnóstico epidemiológico, diagnóstico comportamental e ambiental, diagnóstico político e administrativo, avaliação do processo, avaliação dos resultados e avaliação de impacto.

4.1. Diagnóstico social

No diagnóstico social caracterizámos os diferentes aspetos que permitem a compreensão do contexto no que se refere à saúde das pessoas que nele estudam, trabalham e se divertem: caracterização dos estudantes, políticas de ação social aos estudantes, recursos de saúde, avaliação da satisfação dos estudantes com a Escola, cooperação interinstitucional. De seguida é analisado o plano de estudos para identificar o nível de integração da PrS na missão da instituição-caso. Caracterizam-se também os projetos de PrS em desenvolvimento, verificando se o foco de intervenção é a comunidade educativa e o ambiente envolvente.

Caraterização dos estudantes

O número de estudantes inscritos no CLE no ano letivo 2011/2012 totalizou 189, sendo 52 do 1º ano, 42 do 2º ano, 49 do 3º ano e 46 do 4º ano (ESEnfCVPOA, 2012). O número de vagas de novos estudantes em cada ano ao CLE é de 50.

A maioria (85%) dos estudantes do 1º ano era do sexo feminino, com uma média de idade de 19,4 anos (Min = 18 anos, Máx = 44 anos), 5% dos estudantes estavam deslocados da sua área de residência e 6% tinham o estatuto de trabalhador estudante. Quanto ao nível de escolaridade dos pais a maioria (57,5%) tinha o 2º ciclo do ensino básico (ESEnfCVPOA, 2012).

Para os cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem o número de vagas é de 25, exceto para o curso de Saúde Materna e Obstetrícia que é de 20 vagas. No ano letivo em análise estavam inscritos no Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem: Médico-cirúrgicas 25 estudantes, Reabilitação 25 estudantes, Saúde Mental e Psiquiatria 15 estudantes, Saúde Materna e Obstetrícia 17 estudantes e no Curso Pós-Graduação em Administração e Gestão de Serviços de Saúde 30 estudantes (ESENfCVPOA, 2012).

Docentes e não docentes

O corpo docente da Escola no ano letivo de 2011/2012 era composto por um total de trinta e cinco docentes, onze em tempo integral e integrados no quadro da Escola, cinco docentes equiparados em regime de tempo parcial e dezanove em regime de colaboração externa, prestação de serviços (Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, 2012).

No que se refere às habilitações académicas dos docentes a tempo integral quatro eram doutorados, seis com título de especialista na área científica de enfermagem e um estava habilitado com o grau de mestre, cinco elementos frequentavam programa de doutoramento. Dos onze colaboradores não docentes, dois eram licenciados e os restantes, possuíam formação profissional específica para a função ou o ensino secundário.

Políticas de ação social aos estudantes

O apoio social aos estudantes enquadra-se no artigo 72º dos Estatutos da Escola, onde se prevê a atribuição de bolsas de estudo, isenção ou redução de propinas e outros benefícios sociais (ESENfCVPOA, 2012).

O número de candidatos a bolsa de estudos da DGES foi de 122, tendo sido atribuída bolsa a 72 estudantes o que corresponde a 38% do total dos estudantes (ESENfCVPOA, 2012). As bolsas atribuídas apresentaram uma amplitude de valores entre um mínimo de 1000,00 € e um máximo de 3345,00 € por estudante.

A Escola atribui anualmente um prémio designado “Cheque Formação” a estudantes finalistas que tenham contribuído para a divulgação da Escola através da sua participação em atividades da Associação Académica e/ou das Tunas da Escola (feminina e masculina) e voluntariado, para frequência em cursos que a Escola promova na área da Formação Contínua ou pós-licenciaturas de especialização em enfermagem. No ano letivo 2011/2012 foram atribuídas 19 bolsas.

Anualmente são atribuídos prémios de mérito aos estudantes do CLE, de cada um dos quatro anos, com melhor média de classificação, de valor igual ao da propina mensal e um

“Cheque/Livros” para aquisição de livros, designados prémios “*Caixa de Crédito Agrícola*” e “Lusodidacta”, sendo a entrega efetuada na cerimónia de encerramento de curso.

A Escola criou, também, um sistema de incentivo à formação ao longo da vida, concretizando-se através da isenção da taxa de candidatura aos cursos de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem, para os enfermeiros que colaboram na formação dos estudantes, em ensinos clínicos do 1º ciclo de estudos, quer em regime de tutoria, quer como orientador. Os antigos estudantes têm isenção do pagamento da taxa de candidatura no curso que se candidatam e redução de 20% da taxa de matrícula, podendo utilizar, ainda, o “cheque formação”, referido no ponto anterior. Nos Cursos de Pós-Graduação é oferecido 50% de desconto na candidatura e matrícula, para antigos estudantes; 40% de desconto na candidatura, matrícula e isenção na candidatura para colaboradores da Escola, e 50% de desconto na matrícula para sócios da Associação Académica da Escola.

Existem ainda outros incentivos específicos definidos em protocolo entre a Escola e outras Instituições de Saúde.

Como forma de motivar os jovens a aderirem a programas de internacionalização foi criada uma bolsa “Bolsa de Mobilidade” que é atribuída aos estudantes que participam em programas internacionais, no valor igual a 50% da propina mensal, calculado de acordo com o período de tempo que o estudante se encontra em mobilidade tendo sido atribuídas 11 bolsas.

O apoio ao trabalho da Associação Académica, Associação dos Antigos Estudantes e Tunas é de natureza financeira, instalações e apoio logístico, para o desenvolvimento das suas atividades.

Recursos de saúde

No que concerne a recursos de saúde, a Escola disponibiliza aos estudantes um seguro de acidentes pessoais e de responsabilidade civil, pelo que são assegurados cuidados de saúde quando a causa se relacione com atividades que os estudantes desenvolvam, incluindo a sua deslocação para a Escola e eventuais despesas com meios ou equipamentos que tenham sofrido danos pela intervenção direta do estudante.

Através do Gabinete de Apoio aos Estudantes e Inserção na Vida Ativa (GAEIVA) é disponibilizada uma consulta psicológica a estudantes com problemas pessoais ou dificuldades psicossociais associadas à vida académica. Realizaram-se dezassete consultas de acompanhamento relacionadas com situações de ansiedade e depressão no ano letivo de 2011/12.

Durante o ano de 2012 a Escola formalizou a entrada na Rede de Serviços de Apoio Psicológico do Ensino Superior.

Plano de Estudos, investimento na promoção da saúde

Procedemos à análise do Plano de Estudos em funcionamento no ano letivo 2011/2012 (Despacho n.º 8916/2008), no sentido de identificarmos as percentagens de horas atribuídas à promoção da saúde e metodologias de ensino e aprendizagem, por Unidade curricular (UC), relativas à componente letiva teórica. Verificámos que das 45 unidades curriculares teóricas do curso, 12 (26,7%) continham conteúdos programáticos dirigidos à PrS (tabela 1), sendo que a percentagem mais elevada (65,4%) se refere à UC Enfermagem da Família e Comunidade II do 4º ano. A carga horária teórica afeta às 12 UC que tinham conteúdos relacionados com a PrS era de 142 horas de contacto, o que corresponde a 6,9% das horas letivas da componente teórica no conjunto dos quatro anos (2065 horas de contacto). As metodologias referidas eram maioritariamente expositivas com resolução de casos e trabalhos individuais ou de grupo, realizando-se simulações em algumas UC.

Tabela 1: Horas de PrS no plano de estudos na componente teórica

Ano académico	Unidade Curricular	Horas de contacto	Horas de PrS	Percentagem de horas de PrS
1º ano	Fundamentos de Enfermagem	132	6	4,5%
	Epistemologia da Enfermagem	58	14	24,1%
	Antropologia e Sociologia da Saúde	23	4	17,4%
	Enfermagem da Família e Comunidade I	104	16	15,4%
	Nutrição	23	2	8,7%
	Psicossociologia da Saúde	31	4	12,9%
	Total	371	46	12,4%
2º ano	Formação em Enfermagem	50	8	16%
	Total	50	8	16%
3º ano	Enfermagem – Saúde Infanto-Juvenil	90	16	17,8%
	Enfermagem – Saúde no Idoso	54	12	22,2%
	Enfermagem – Saúde Materna	50	8	16%
	Terapias Complementares	36	18	50%
	Total	230	54	23,5%
4º ano	Enfermagem da Família e Comunidade II	52	34	65,4%
	Total	52	34	65,4%
	Totais	703	142	20,2%
Horas totais da componente teórica do CLE		2065	142	6,9%

Na componente ensino clínico utilizámos como critério de referência as competências fundamentais que o estudante deve desenvolver, expressas na organização da unidade curricular (OUC). Na tabela 2 apresentamos os resultados relativos às competências previstas para a área da PrS. Pela análise dos resultados podemos concluir que do total de sete UC de ensino clínico, cinco UC (71,4%) incluíam competências dirigidas à PrS. Verificou-se também que no 2º ano estas competências não estavam explícitas, contudo para o segundo semestre do 3º e para o 4º ano o número de competências de PrS a adquirir aumentava consideravelmente.

Tabela 2: Competências de PrS previstas no plano de estudos na componente ensino clínico

Ano académico	Unidade Curricular	Nº total de competências	Nº de competências de PrS	% de competências de PrS
1º ano	Ensino Clínico I - Promoção da saúde/prevenção da doença no indivíduo, família e comunidade	15	2	13,3%
3º ano	Ensino clínico IV - Promoção da Saúde mental e Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo com Afecções do Foro Psiquiátrico	19	3	15,8%
	Ensino Clínico V - Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, Infanto-Juvenil e Pediatria	27	7	25,9%
4º ano	Ensino Clínico VI – Enfermagem de Saúde Familiar e Comunitária	15	4	26,7%
	Ensino Clínico VII - Integração à Vida Profissional	14	4	28,6%

Avaliação da satisfação

A avaliação da satisfação dos cursos em funcionamento, que a seguir apresentamos, resulta do processo de monitorização desenvolvido pelo gabinete de qualidade e auditoria em articulação com o conselho pedagógico, com base no cálculo da média dos *scores* obtidos na avaliação realizada pelos estudantes sobre cada unidade curricular e respetivos docentes. A avaliação teve por base as seguintes questões: "Como classifica no global do processo letivo e pedagógico", "Processo de Ensino Clínico", "Unidades Curriculares", "docente por unidade curricular" foi operacionalizada numa escala de *Likert* de 5 pontos (1-Muito insatisfeito a 5-Muito satisfeito). Promovemos a transformação da variável para uma escala percentual com os seguintes intervalos: 0 a 20% muito insatisfeitos; de 21 a 40% insatisfeitos; de 41 a 60% pouco satisfeitos; de 61 a 80% satisfeitos e de 81 a 100% muito satisfeitos.

No letivo 2011/12 foram de 77,3% dos estudantes estavam satisfeitos na avaliação global para o 1º ciclo de estudos (ESENfCVPOA, 2012).

Relativamente à avaliação global dos cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem e do curso de pós-graduação em administração e gestão dos serviços de saúde, os resultados indicam que os formandos se encontravam muito satisfeitos, CPGGASS 80,7%; CPLEESMP 80,4%; CPLEEMC 81,3%; CPLEER 78,2%; CPLEESMO 82,1% (ESENfCVPOA, 2012).

Os estudantes pronunciam-se, igualmente, sobre a sua satisfação quanto aos docentes e não docentes, relativamente ao seu trabalho, às relações que com eles estabelecem, tipo de atendimento e disponibilidade no apoio e orientação. Os resultados obtidos indicam que os estudantes se encontravam muito satisfeitos (83%) sobre as referidas questões (ESENfCVPOA, 2012).

Cooperação interinstitucional

A política de colaboração interinstitucional orienta-se para o desenvolvimento das dimensões da missão da escola promovendo o reconhecimento e a sustentabilidade, o voluntariado, a responsabilidade social, o comprometimento com o futuro dos estudantes e a dinamização de redes colaborativas com instituições nacionais. A cooperação interinstitucional está prevista nos estatutos da Escola, nomeadamente no seu artigo 18º, (Diário da República, 2009) onde se prevê que a Escola, no âmbito da sua autonomia, promova relações de cooperação com as demais instituições de ensino superior, instituições de carácter científico e cultural do país, entidades prestadoras de cuidados de saúde, públicas e privadas, privilegiando serviços ou unidades de saúde e sociais e outros estabelecimentos de ensino da CVP.

No âmbito da participação com a comunidade a Escola coopera com diversas entidades e integra órgãos de gestão de algumas instituições da região, tal como podemos observar na figura 9.

Instituições	População alvo/contexto	Entidades envolvidas
Conselho Municipal da Educação	Rede Escolar do Concelho de Oliveira de Azeméis	Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis, Direção Regional de Educação do Norte, Universidade de Aveiro, Agrupamento de Escolas Secundárias, Associações de Pais, Serviços Públicos de Saúde, Segurança Social, Serviços de Emprego e Formação Profissional, IPSS, Forças de Segurança, Juntas de Freguesia
Conselho Municipal do Idoso	População Idosa	Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis, Universidade Sénior de Oliveira de Azeméis, Segurança Social, Associações Humanitárias dos Bombeiros Voluntários de Oliveira de Azeméis, Associações Humanitárias dos Bombeiros Voluntários de Fajões, Forças de Segurança, Fundação Manuel Brandão, IPSS, Juntas de Freguesia
Conselho Municipal da Segurança	Concelho de Oliveira de Azeméis	Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis; Juntas de Freguesia; Ministério público da comarca; Forças de Serviço Municipal de Proteção Civil; Associações Humanitárias dos Bombeiros Voluntários de Oliveira de Azeméis e de Fajões; IPSS; Associações económicas, sindicais e patronais; Conjunto de 11 cidadãos de conhecida idoneidade, designados pela Assembleia Municipal
Conselho Geral das Escolas Secundárias Soares Basto	Comunidade Educativa	Docentes, discentes, associação de pais, representantes da comunidade científica e empresarial do Concelho de Oliveira de Azeméis
Conselho Geral das Escolas Secundárias Ferreira Castro	Comunidade Educativa	Docentes, discentes, associação de pais, representantes da comunidade científica e empresarial do Concelho de Oliveira de Azeméis

Figura 9: Cooperação da ESEnfCVPOA com instituições do concelho de Oliveira de Azeméis

Projetos de PrS de extensão à comunidade

Os projetos de PrS em desenvolvimento enquadram-se, na sua maioria, nas atividades do Gabinete de Prestação de Serviços à Comunidade (GPSC). A política da prestação de serviços à comunidade enquadra-se no âmbito da missão, visão, valores e princípios como o da solidariedade social, voluntariado e responsabilidade social. Os projetos visam cultivar o compromisso com a sociedade, favorecendo uma relação de maior credibilidade na rede de parceiros e fortalecendo a imagem da Escola ao nível local, regional e nacional. No contexto das mudanças socioeconómicas e culturais a Escola tem procurado responder adequadamente aos desafios que se têm colocado à docência e à investigação, colocando em prática novas formas de intervir na e com a comunidade, com a participação de estudantes e docentes. Os Estatutos nos artigos 54º, 55º e 56º (Diário da República, 2009) referem-se à prestação de serviços à comunidade, como um conjunto de atividades, projetos e serviços que envolvam meios humanos e materiais da Escola com a finalidade de prestar cuidados. A Escola, através da prestação de serviços à comunidade, desenvolveu um conjunto de atividades e projetos na área da educação para a saúde, cidadania e de apoio à comunidade, dirigidas essencialmente a jovens do ensino básico e secundário, em parceria com um conjunto de entidades muito diversificadas e com a colaboração de estudantes. Essas atividades de apoio, promoção da saúde e prevenção da doença e comportamentos de risco, ações de sensibilização da população, feiras da saúde, realização de atividades de promoção do envelhecimento ativo, contribuíram para o bem-estar da comunidade. Na tabela 3 apresentamos o trabalho realizado no ano letivo 2011/12, neste âmbito. Das 11 atividades desenvolvidas, apenas 27,3% (n = 3) se dirigiram à comunidade académica, sendo duas com enfoque biomédico: “Diabetes/Risco de queda” e “Demência”. Para o exterior cinco dos sete projetos tiveram um enfoque na promoção da saúde.

Tabela 3: Síntese das atividades da PrS de extensão à comunidade

Data	Atividade	Local	Responsável	Duração (Horas)	Estudantes participantes
17 a 23 outubro 2011	Azeméis é Social	Pavilhão Municipal de OAZ	GPSC e Estudantes	30	23
10 e 16 janeiro 2012	Sexualidade na Adolescência	Escola Secundária João da Silva Correia	GAEIVA e Estudantes	6	4
27 abril 2012	Feira da Saúde	Escola Básica 2,3 Bento Carqueja	GPSC e Estudantes	4	2
3 a 9 maio 2012	Apoio aos peregrinos	Delegação de São João da Madeira e Cucujães.	GPSC e Estudantes	57	16
12 maio 2012	O dilema das doenças cardiovasculares	ASJ (Associação de São João da Madeira)	GPSC e Estudantes	4	3
22 maio 2012	Rastreios e formação na área de projeto	Colégio da Gandarinha	Estudantes	4	3
30 abril 2012	Plantas medicinais e aromáticas e seus benefícios para a saúde	ESEnFCVPOA	GPSC e Estudantes	2	101
17 maio 2012	Diabetes/Risco de queda	ESEnFCVPOA	GPSC e Estudantes	2	13
22 maio 2012	Alimentação Saudável e Higiene Oral	Colégio da Gandarinha	Estudantes	4	49
31 maio 2012	Demência	ESEnFCVPOA	GPSC e Estudantes	2	5
1 a 6 junho 2012	Dia Mundial da Criança	Parque Temático Molinológico em UL	GPSC e Estudantes	46	30

Pela análise destes dados, colhidos para o diagnóstico social, podemos afirmar que estamos perante uma realidade complexa e multidimensional. Importa elencar os aspetos que possam constituir-se como desigualdades de natureza social, cultural, económica e outras que, de alguma maneira, possam interferir na saúde e bem-estar dos estudantes. Deve ter-se em conta a variação da idade dos estudantes, dado que se verificou uma amplitude de 26 anos o que levanta questões de natureza pedagógica, de adaptação e integração em dinâmicas e atividades de promoção da saúde. Os estudantes com idades mais elevadas são estudantes trabalhadores que, por isso, têm uma sobrecarga física e psicológica que pode afetar o rendimento escolar e a própria saúde. Constatou-se que 38% dos estudantes recebem bolsa de estudo da DGES, o que evidencia dificuldades socioeconómico. Devido às dificuldades económicas, alguns estudantes veem-se obrigados a exercer uma atividade profissional para fazer face às despesas familiares, o que tem impacte na sua saúde e bem-estar, pois como referem Moraes, Botelho, Fonseca, Almeida, e Bastos “(...) aqueles que trabalham sofrem maiores desgastes físicos, alimentam-se precariamente e não encontram tempo suficiente para repouso” (2011, p. 125) o que pode justificar a procura de cuidados de saúde mental. De facto, existe no plano de estudos um fraco investimento na PrS a nível do ensino teórico (6,9% do total de horas de contacto) e moderado enfoque nas competências de PrS no âmbito dos ensinos clínicos. O conjunto

destes determinantes de saúde indica, de certa forma, a necessidade da instituição investir em programas dirigidos à comunidade estudantil no âmbito da promoção da saúde, quer em atividades extracurriculares, quer incrementando o número de horas destinadas à PrS no plano de estudos.

Constatando-se que na fase de diagnóstico inicial, os projetos de promoção da saúde estão essencialmente dirigidos para a comunidade exterior há uma necessidade de aumentar o diálogo com o objetivo “(...) de discutir alternativas de melhoria entre a formação científica e profissional, que diz respeito à responsabilidade institucional na educação para o trabalho” (Moraes, et al., 2011, p. 217).

4.2. Diagnóstico epidemiológico

Nesta etapa vamos descrever a informação relacionada com o sucesso académico, absentismo, justificação dos motivos de faltas, perfil de saúde dos estudantes, dos docentes e não docentes.

Absentismo dos estudantes e sucesso académico

Na tabela 4 pode-se verificar os resultados relativos ao absentismo dos estudantes. Nos estudantes do 1º, 2º e 4º ano considera-se existir uma importante proporção de estudantes a faltar tendo em conta, principalmente, o número total de estudantes que frequentam esses anos. Contudo, os motivos das faltas são justificáveis.

Ressalvamos apenas que, embora em termos absolutos, o número de estudantes que tiveram acidentes causados por agulhas está presente em todos os anos (2º, 3º e 4º ano) em que o estudante realiza ensinamentos clínicos. O número desses acidentes no 4º ano é elevado em relação aos outros anos do curso, contudo, durante este ano letivo há uma elevada carga horária dedicada aos ensinamentos clínicos (946 horas).

Quando analisamos o número de horas que os estudantes faltam por ano letivo e tomando por base a carga horária do respetivo ano do curso verificamos que no 1º ano os estudantes faltaram 5,9% da carga horária de contacto, no 2º ano 8,7% da carga horária de contacto, no 3º ano faltaram 1,4% da carga horária de contacto e no 4º ano 12,7% da carga horária de contacto. Verificamos que a frequência das faltas é substancialmente superior no 4º ano, dado que a unidade de falta do CLE é o dia que corresponde a 7 horas (uma jornada de trabalho).

Tabela 4: Motivos da falta dos estudantes

Ano escolar	Nº de estudantes/total	Motivo da falta	Nº de dias de falta	Nº horas de falta	Notificação ao seguro escolar
1º ano	13/52	Acidente de viação (1) Pequena cirurgia (1) Urgência (1) Doença (10)	20	61	0
2º ano	12/42	Acidente de viação (1) Intervenção cirúrgica (2) Doença (7) Acidente causado por agulha (2)	23	98	3
3º ano	3/49	Doença (2) Acidente causado por agulha (1)	3	16	1
4º ano	12/46	Acidente causada por agulha (6) Acidente de viação (1) Doença (5)	22	149	6

O sucesso académico, no CLE, foi calculado tendo por base o número de estudantes diplomados em relação ao número de estudantes que entraram pela primeira vez nesse ciclo de estudos, tendo por base as orientações *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2006), também utilizadas no estudo do Observatório da Ciência e do Ensino Superior (Direcção de Serviços de Estatística e de Indicadores do Observatório da Ciência e do Ensino Superior, 2007). No ano letivo em análise o número de diplomados foi de 46, sendo o número de primeiras admissões nesse curso de 56, o que corresponde a um sucesso académico de 82,1%.

Perfil de saúde da comunidade estudantil

O perfil de saúde foi analisado aplicando os questionários: “Estilo de vida Fantástico” (Silva, Brito, & Amado, 2014), complementado com “escala de autoimagem de Stunkard” (Scagliusi et al., 2006), “escala de Autoestima de Rosenberg” (Santos, & Maia, 2003) e a versão abreviada do questionário “Bem-estar psicológico (QBEP)” (Grossi et al., 2006).

Dos 224 estudantes que responderam a estes questionários 75% (n= 168) frequentavam o curso de licenciatura em enfermagem, os restantes frequentavam os cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem 9,4% (n=21) médico-cirúrgica, 10,3% (n=23) reabilitação, 5,4% (n=12) saúde mental e psiquiatria.

A média de idades dos estudantes era de 25 ±6,08 anos, com um intervalo entre os 17 e 46 anos. A maioria (83%, n=186) dos estudantes era do sexo feminino.

Estilos de vida dos estudantes

Relativamente ao estilo de vida (score global que varia entre 0-120 pontos), observando a classificação global, nenhum dos participantes apresentou pontuação inferior a 46 pontos,

isto significa que os estudantes não se encontravam em zona de perigo quanto aos seus estilos de vida. Ao nível das restantes categorias verificou-se que 13 participantes (5,8%) apresentaram a classificação de “Regular” (entre 47-72 pontos), significando estilos de vida algo baixo e por isso a precisarem de melhorar; 47 participantes (21%) enquadravam-se no “Bom” (entre 73-84 pontos), indicando que tinham um estilo de vida adequado; 128 participantes (57,1%) apresentaram pontuação de “Muito Bom” (85-102), os estudantes estão no caminho correto; e 36 participantes (16,1%) atingiram pontuações entre 103-120, que corresponde ao “Excelente”, significando por isso, um estilo de vida fantástico. O estilo de vida dos estudantes apresenta uma pontuação média global de $91,75 \pm 12,94$ pontos, que se enquadra na categoria de 85-102 pontos, que corresponde a “Muito Bom” (tabela 5). Assim, e perante tais resultados, pode afirmar-se que, em sentido geral, os estudantes se encontram no caminho correto quanto aos estilos de vida adotados, no entanto, é necessário observar o grupo de indivíduos que têm um estilo de vida regular, em termos de intervenção, tendo em vista a sua melhoria. Estes resultados estão alinhados com os do estudo desenvolvido por Silva e Brito (2014).

Tabela 5: Classificação dos estilos de vida dos estudantes

Categorias	Significado	n	%
0 - 46	Está na zona de perigo NECESSITA DE MELHORAR	0	0
47 - 72	Estilo de vida algo baixo. Pode melhorar REGULAR	13	5,8
73 - 84	Está bem. Tem um estilo de vida adequado BOM	47	21,0
85 - 102	Muito bem. Está no caminho correto MUITO BOM	128	57,1
103 - 120	Parabéns. Estilo de vida fantástico EXCELENTE	36	16,1
Total		224	100%

Num estudo desenvolvido por Alcântara da Silva e colaboradores (2015) os estudantes apesar de referirem um excelente estilo de vida, o seu estilo de vida piorou depois de terem entrado numa Instituição do Ensino Superior. A entrada no ensino superior “(...) é um período de mudança marcada pela conquista de mais autonomia e responsabilidade” (Tassini, Val, Candido, & Bachur, 2017, p. 120). Embora, o número de estudantes com classificação “regular” seja reduzido, justifica sempre uma intervenção estruturada e adequada às necessidades de ensino em termos de promoção da saúde desses estudantes, tendo em vista a mudança de comportamentos. “À entrada no Ensino Superior devem ser programadas intervenções que visem minimizar o impacto da transição que estes estudantes vivenciam, através da promoção da saúde” (Ferreira, Mota, Brito, & Reis-Santos, 2017, p. 97). Com o reconhecimento dos domínios de maior impacto no estilo de vida dos estudantes é possível implementar intervenções adequadas às necessidades individuais.

Da análise dos domínios que compõe o “FANTASTICO” verifica-se que os domínios “família e amigos” e “outros comportamentos”, tais como proteção e segurança rodoviária, são os que apresentam valores médios mais elevados. Os domínios com valores médios mais

baixos são a “atividade física/associativismo”, a “nutrição”, o “sono/stresse”, “trabalho/tipo de personalidade” e “introspeção” (tabela 6).

Tabela 6: Estatística descritiva do estilo de vida dos participantes

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
F - Família e amigos	2	8	7,47	1,21
A - Atividade física/Associativismo	0	12	6,68	3,03
N – Nutrição	0	12	7,69	2,17
T – Tabaco	0	8	6,22	2,57
A - Álcool e outras drogas	8	24	21,88	2,60
S - Sono e stresse	0	12	8,52	2,73
T - Trabalho/tipo de personalidade	2	12	7,61	2,27
I - Introspeção	0	12	8,66	2,60
C - Comportamentos de saúde e sexualidade	2	12	9,36	2,14
O - Outros Comportamentos	4	8	7,48	0,96
Global	54	120	91,75	12,94

Os valores médios mais baixos na “atividade física/associativismo” podem associar-se ao facto de esta não ser uma área central do curso de licenciatura em enfermagem e por isso ser relevante fomentar este tipo de atividades extracurriculares.

A entrada no ensino superior é marcada por mudanças a nível dos hábitos alimentares, nomeadamente, quando os estudantes estão deslocados do seu ambiente familiar e até mesmo, por influência do próprio grupo com quem passam a partilhar novas experiências. “São momentos de transição potencialmente importantes na mudança de práticas alimentares, que podem até marcar trajetórias de práticas futuras e perceções de risco” (Alcântara da Silva, et al., 2015, p. 81). Os estudantes passam a adotar “(...) hábitos alimentares práticos e rápidos, tal como a preferência por produtos industrializados, baixa ingesta de frutas, hortaliças e leguminosas e omissão de refeições” (Tassini, Val, Candido, & Bachur, 2017, p. 121). Na avaliação das práticas alimentares dos estudantes devem ser considerados os seguintes indicadores de acordo com Moorhead, Johnson, Maas e Swanson (2010): práticas nutricionais saudáveis (tipo de alimentação; frequência das refeições); relação entre dieta, exercício e peso; estratégias de mudanças dos hábitos alimentares. “A definição de indicadores de resultado permite uma definição mais clara das metas a alcançar aquando da definição do plano de intervenção tornando os objetivos tangíveis” (Ferreira, Mota, Brito, & Reis-Santos, 2017, p. 97).

As questões do sono/stresse podem advir do facto da “(...) ansiedade e o stresse, bem como as dificuldades de concentração serem os sintomas sentidos com maior frequência pela grande maioria dos estudantes” (Alcântara da Silva, et al., 2015, p. 48). As alterações do sono/stresse podem relacionar-se com a transição que os estudantes vivenciam na mudança para o ensino superior e com as novas exigências que daí advêm. Os participantes do nosso estudo evidenciam valores médios mais baixos no trabalho/tipo de personalidade do que os participantes do estudo desenvolvido por Silva e Brito (2014).

Na tabela 8 observam-se os resultados do estudo das intercorrelações dos domínios que compõem o conceito “Estilos de Vida Fantástico”. Para o efeito, transformamos as variáveis “F - Família e amigos”, “A - Atividade física/associativismo”, “N - Nutrição”, “T- Tabaco”, “A - Álcool e outras drogas”, “S - Sono e stresse”, “T - Trabalho/tipo de personalidade”, “I - Introspeção”, “C - Comportamentos de saúde e sexualidade” e “O - Outros Comportamentos”, a partir do conjunto dos indicadores ou questões que integram cada uma delas.

Como podemos verificar existe uma forte relação entre a maioria dos domínios com significância estatística para valores de $p \leq 0,05$ entre a maioria dos domínios. Contudo, o valor de algumas das correlações não são significativas criando algumas dificuldades de interpretação, nomeadamente quando as correlações apresentam sinal negativo, podendo referir-se que existem contributos diferentes entre os domínios que compõem a escala para um estilo de vida adequado à promoção da saúde.

Tabela 7: Intercorrelações dos domínios - FANTASTICO

	F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
F	1									
A	,206** ,002	1								
N	,053 ,427	,112 ,095	1							
T	,165* ,013	-,022 ,745	,180** ,007	1						
A	,066 ,325	,031 ,649	,070 ,297	,364** ,000	1					
S	,246** ,000	,261** ,000	,258** ,000	,050 ,458	,077 ,253	1				
T	,245** ,000	,324** ,000	,212** ,001	,089 ,185	,172* ,010	,567** ,000	1			
I	,220* ,001	,228** ,001	,225** ,001	,072 ,284	,011 ,865	,583** ,000	,519** ,000	1		
C	,167* ,012	,129 ,054	,189** ,005	,029 ,661	-,017 ,803	,318** ,000	,295** ,000	,326** ,000	1	
O	,089 ,185	,079 ,241	,051 ,444	-,040 ,548	,149 ,026	,062 ,357	,220** ,001	,016 ,816	,179** ,007	1

Valores da correlação r de Pearson e respetivos níveis de significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Não podemos deixar de referir o impacto que os fatores pessoais e sociais assumem na forma como os estudantes vivenciam esta transição. No estudo desenvolvido por Tassini e colaboradores (2017) os estudantes referem sentir “(...) dificuldade de conciliar lazer, sono, horas livres e atividades exigidas pela faculdade e sentem-se cansados e stressados com o dia a dia (p. 121)”. Os resultados do nosso evidenciam uma forte correlação entre os domínios: “Família e amigos”, com a “Atividade física/associativismo”, “Tabaco”, “Sono e stresse”, “Trabalho/tipo de personalidade”, “Introspeção” e “Comportamentos de saúde e sexualidade”. Contudo, as correlações encontradas entre a dimensão “Família e amigos”

não apresentam significado estatístico significativo com a “Nutrição” e “Álcool e outras drogas”.

Quando correlacionamos os scores globais da escala FANTASTICO (tabela 8), os valores das correlações de *Pearson* (*r*) com cada uma das dimensões que a compõem: família, amigos, nutrição, tabaco, álcool e outras drogas, sono e stresse, trabalho/tipo de personalidade, introspeção, comportamentos de saúde e sexual, e outros comportamentos, são altamente significativas.

Tabela 8: Análise das correlações dos domínios com os scores globais do FANTASTICO

Domínios	F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
Scores Globais FANTASTICO	,409**	,510**	,463**	,391**	,397**	,706**	,722**	,658**	,467**	,263**

Valores da correlação *r* de *Pearson* ao nível de significância: ** $p < 0,01$

No sentido de conhecermos se rapazes e raparigas tinham estilos de vida diferentes, conduzimos uma análise das diferenças, utilizando o teste *t* de *Student* para todos os domínios da escala FANTASTICO (tabela 10). De referir que quanto mais altas forem as médias obtidas, melhor estilo de vida apresentam os participantes

Os resultados relativos aos domínios do FANTASTICO mostram que existem diferenças, entre rapazes e raparigas, com significância estatística, nos domínios “Atividade física/associativismo”, “Tabaco”, “Álcool e outras drogas”, “Sono e stresse e introspeção. As raparigas estão menos expostas que os rapazes, a riscos para a saúde relacionados com o consumo de tabaco, álcool e outras drogas. Os resultados deste estudo contrariam os do estudo de Rodriguez-Gázquez, Chaparro-Hernandez e González-López (2016) e Pimentel, Mata e Anes (2013). O uso de álcool e outras drogas pode ser motivado pela vulnerabilidade a que os estudantes estão expostos no momento da transição para o ensino superior, sendo um padrão recorrente encontrado em universitários (Souza, 2015).

Relativamente aos domínios “Atividade física/associativismo”, “Sono e stresse” e “Introspeção” existem igualmente diferenças estatisticamente significativas, sendo que os rapazes apresentam médias mais altas (7,78; 9,58; 9,68 respetivamente) o que significa que praticam mais atividade física e associativismo sentem-se mais capazes de gerir o stresse, dormem melhor e desfrutam mais dos seus tempos livres, sendo mais otimistas e com um sentido mais positivo que as raparigas.

Ao analisarmos as diferenças entre rapazes e raparigas, utilizando os scores *t* totais da escala FANTASTICO, os resultados indicam que não existem diferenças com significado estatístico. Assim, parece fazer sentido que a intervenção em termos de promoção de

estilos de vida saudáveis se justifica e deve ser dirigida aos domínios onde essas diferenças foram encontradas.

Tabela 9: Análise das diferenças do sexo e os domínios do FANTASTICO

FANTASTICO	t	GL	ρ	Média Raparigas	Média Rapazes
Família e amigos	1,117	222	,241	7,52	7,26
Atividade física/associativismo	-2,514	222	,013*	6,46	7,78
Nutrição	-0,154	222	,878	7,68	7,74
Tabaco	1,986	222	,048*	6,38	5,48
Álcool e outras drogas	3,042	222	,003**	22,12	20,74
Sono e stresse	-2,660	222	,008**	8,3	9,58
Trabalho/tipo de personalidade	-1,014	222	,312	7,54	7,94
Introspeção	-2,849	222	,005**	8,44	9,68
Comportamentos de saúde e sexualidade	0,154	222	,878	9,44	9,36
Outros Comportamentos	0,888	222	,376	7,52	7,36
Total FANTASTICO	-0,781	222	,436	182,76	186

Níveis de significância: * $\rho < 0,05$; ** $\rho < 0,01$

Autoestima dos estudantes

Para avaliar a autoestima dos estudantes recorreremos à estatística descritiva, correlacional, e procedemos à análise da consistência interna da escala de Autoestima de Rosenberg (Santos & Maia, 2003).

Nos 224 participantes obtivemos pontuações que variaram entre um mínimo de 19 e um máximo de 40 pontos, com uma média de 34,20 e um desvio padrão de 4,53. Estes resultados são ligeiramente superiores aos obtidos por Silva e colaboradores (2012). Considerando a média obtida no nosso estudo, podemos concluir que os estudantes têm uma elevada autoestima.

Para analisarmos a relação entre as diferentes questões que compõem a escala de Autoestima, realizámos a análise das intercorrelações. Tal como se pode verificar, na tabela 10, todos os itens em análise apresentavam valores de correlação (correlação de *Pearson*) com significância estatística para $\rho < 0,01$, à exceção do item 9 com o 1 e o 4, em que o valor das correlações apresentava significado estatístico ao nível de $\rho < 0,05$. Estes resultados traduzem um indicador de que se trata de uma escala com um bom nível de congruência entre as questões. Neste sentido, podemos concluir que todas as questões se mostram adequadas para avaliar o conceito de autoestima.

Tabela 10: Matriz das intercorrelações das questões da escala de Autoestima

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10
Q1	1									
Q2	,211** ,002	1								
Q3	,273 ,000	,230 ,001	1							
Q4	,252** ,000	,277** ,000	,407** ,000	1						
Q5	,179 ,007	,390 ,000	,183 ,006	,210 ,002	1					
Q6	,213 ,001	,568 ,000	,181 ,007	,251 ,000	,458 ,000	1				
Q7	,314 ,000	,277 ,000	,253 ,000	,506 ,000	,397 ,000	,330 ,000	1			
Q8	,215 ,001	,552 ,000	,216 ,001	,259 ,000	,485 ,000	,510 ,000	,310 ,000	1		
Q9	,139 ,039	,383 ,000	,183 ,006	,147 ,028	,497 ,000	,509 ,000	,326 ,000	,392 ,000	1	
Q10	,325 ,000	,421 ,000	,430 ,000	,445 ,000	,255 ,000	,312 ,000	,380 ,000	,491 ,000	,294 ,000	1

Valores da correlação r de Pearson e respetivos níveis de significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Agregando os itens da escala em dois fatores, no qual o fator 1 agrupa os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8, 9) e o fator 2 os itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7, 10), verificamos que os participantes apresentam valores médios equilibrados entre ambos os fatores (tabela 11).

Tabela 11: Estatística descritiva da autoestima dos estudantes

Autoestima	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Negativa	1,60	4,00	3,39	0,610
Positiva	2,00	4,00	3,46	0,429

No sentido de conhecermos se rapazes e raparigas tinham autoestima diferente, conduzimos uma análise das diferenças, pela utilização do t teste para todas as questões que compõem a escala da autoestima.

Pela análise dos resultados (tabela 12) podemos concluir que existem três questões, cujas diferenças entre raparigas e rapazes são estatisticamente significativas: “Às vezes penso que não presto para nada” ($t = -2,694$, $p = 0,008$); “Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil” ($t = -2,442$, $p = 0,015$) e “Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa” ($t = -2,782$, $p = 0,006$). Nestes itens os rapazes apresentam valor das médias mais elevadas. Nas restantes questões não foram identificadas diferenças com significado estatístico. Porém ao analisarmos as diferenças na autoestima total verificou-se que existem diferenças com significado estatístico, os rapazes apresentam um valor da média, mais elevado do que as raparigas (36,16 e 33,80 respetivamente) e com significado estatístico ($p = 0,003$).

Tabela 12: Análise das diferenças do sexo e autoestima

Autoestima	t	GL	ρ	Média Raparigas	Média Rapazes
De forma geral estou satisfeito/a comigo mesmo	1,493	221	,137	3,38	3,55
Às vezes penso que não presto para nada	-2,694	222	,008**	3,17	3,58
Penso que tenho algumas boas qualidades	-1,197	222	,233	3,52	3,63
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas	-0,909	222	,364	3,46	3,55
Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar	-1,000	222	,318	3,60	3,71
Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil	-2,442	221	,015*	3,37	3,71
Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros	-1,539	221	,125	3,45	3,63
Gostaria de ter mais consideração por mim próprio	-2,430	222	,16	2,84	3,29
Bem vistas as coisas sou levado a pensar que sou um falhado	-1,262	222	,208	3,70	3,84
Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa	-2,782	222	,006**	3,34	3,66
Total Autoestima	-2,971	222	,003**	33,80	36,16

Níveis de significância: * $\rho < 0,05$; ** $\rho < 0,01$

Principais vícios ou dependências

Os participantes foram colocados perante a pergunta aberta “indique os principais vícios ou o que faz e não devia fazer”. Os resultados que se seguem foram obtidos através da análise de frequências. Como os participantes usaram termos ou frases curtas que definiam, desde logo, o comportamento que na sua perspetiva já configurava um vício, procedemos apenas à uniformização dos termos que utilizavam. Talvez o exemplo que melhor ilustre a nossa explicação pois foi onde encontramos uma maior diversidade de termos, relacionava-se com o consumo de tabaco. Dos 224 participantes, 151 (67,4%) referiram ter vícios ou praticarem algo que na opinião deles não o deveriam fazer. De referir que alguns estudantes indicaram mais do que uma ação. Apresentamos os resultados obtidos por ordem decrescente, em termos de valor percentual, as respetivas frequências: tabaco 33,7%; chocolate 10,6%; computador, internet e jogos 9,9%; computador e internet 9,9%; café 8,6%; comer 5,1%; tabaco e álcool 4,6%; telemóvel 5,5%; dormir 2,6%, jogos de computador 2,6%; Ver Televisão 2%; computador e telemóvel 1,3%; álcool 0,6%; coca-cola 0,6%; vestir roupa nova 0,6%; telemóvel e chocolate 0,6%; ginásio e café 0,6%; sair à noite 0,6%.

Para avaliar a questão “Quer alterar os seus vícios?” utilizamos três critérios que refletissem a sua intenção, quanto à eventual mudança ou não de comportamento (Sim, Não, Talvez). Deste modo foram criados três grupos: o primeiro grupo foi formado pelos indivíduos que responderam “Sim”; o segundo por aqueles que referiram que “Não” e, por último o grupo formado pelos estudantes que não tinham uma opinião formada e, por isso, responderam “Talvez”. A esta questão responderam 151 (67,4%) estudantes de ambos os sexos e dos diferentes cursos.

Procedemos a uma análise de variância, modelo ANOVA, utilizando como critério a intencionalidade na mudança de comportamento, através dos grupos atrás identificados, com os *scores* globais das escalas FANTÁSTICO e Autoestima.

Através da leitura da tabela 13 verificamos que o valor de f obtido para a escala de Autoestima ($f = 3,097$, $\rho = 0,048$) e escala FANTÁSTICO ($f = 6,889$, $\rho = 0,001$) são significativos ao nível de $\rho < 0,05$ e $\rho < 0,01$ respetivamente. O facto de os estudantes não perspetivarem uma mudança sobre a perceção que têm de si próprios, parece ser positivo na medida em que os níveis de autoestima obtidos são elevados. Contudo, no que se refere aos estilos de vida, estes resultados parecem indicar que, o facto de os estudantes não quererem alterar os seus vícios é um indicador válido para prever a manutenção desse mesmo comportamento. Uma vez que as diferenças das médias do grupo dos indivíduos que respondeu “não” e o grupo daqueles que referiram, “sim”, e “talvez” têm significado estatístico, sendo que o grupo que apresenta valores das médias mais elevadas é o que respondeu “não”. Assim, os participantes demonstram ter uma atitude favorável à manutenção do seu estilo de vida e sobre o modo como se veem a si próprios. Assim, podemos dizer que na generalidade, os indivíduos se sentem bem consigo próprios e com os seus hábitos e estilos de vida. Isto pode significar que, por um lado, ao responderem “não” terem a intenção em alterar o seu comportamento, pode ser bom ou mau conforme se trate de um comportamento mais ou menos favorável à promoção da sua própria saúde. Por outro, este tipo de resposta, pode estar relacionado, entre outras coisas, com o facto de ainda não sentirem necessidade da mudança de comportamento. Neste caso, podemos admitir que é necessária uma intervenção motivacional no sentido de enfatizar os benefícios em abandonar por exemplo o consumo de tabaco, dado que, tal como referido anteriormente, este era o vício mais referido pelos participantes.

Tabela 13: Análise de variância da intenção em alterar os vícios face à Autoestima e FANTÁSTICO

Escalas	Fonte de Variância	GL	Média dos Quadrados	f	ρ	Média “Sim”	Média “Não”	Média “Talvez”
AUTOESTIMA	Entre Grupos	2	70,333	3,097	,048*	33,98	34,74	32,00
	Intra-Grupos	148	22,711					
FANTÁSTICO	Entre Grupos	2	879,845	6,889	,001**	87,16	93,88	86,75
	Intra-Grupos	148	127,535					

Níveis de significância: * $\rho < 0,05$; ** $\rho < 0,01$

Na sequência da questão que analisamos anteriormente foi colocada uma segunda pergunta aberta dirigida apenas aos participantes que responderam “Sim”, ou seja, dirigida aos estudantes que perspetivam num futuro próximo vir a alterar os seus vícios. Para análise desta questão recorreremos à técnica de análise de conteúdo das respostas,

considerando como unidade de análise todas as frases (em sentido afirmativo ou valorativo) e ou palavras-chave que refletissem a perspectiva dos participantes.

Da análise da informação fornecida pelos estudantes emergiram três categorias: mudar de comportamento; ter motivação e iniciativa; ter uma atitude diferente. O exercício de categorização revelou-se muito útil, na medida em que nos permitiu compreender o que os participantes percecionam sobre as suas necessidades para poderem alterar os seus estilos e hábitos de vida e, ao mesmo tempo, esta informação pode ser importante para o desenho de intervenções em saúde. De referir que não tivemos a preocupação em ordenar as unidades de significação, de acordo com qualquer critério, sendo por isso, apresentadas e discutidas de acordo com a sequência em que foram organizadas.

Na categoria - mudar de comportamento - foram sendo associadas as palavras ou frases que permitissem compreender a que vício os estudantes se referiam. Neste sentido, o pressuposto foi o de que ao referirem a necessidade de *“deixar de fumar”* ou de *“reduzir o consumo”* eram consumidores de tabaco e assim por diante. O referirem *“comer menos”* e ao mesmo tempo *“comer mais fruta”* pode ajudar a compreender as perceções dos estudantes sobre o seu eventual excesso de peso e também a forma como se alimentam, reforçando a ideia de que *“perder peso”* e *“comer mais fruta”* é bom para a saúde. A *“prática do exercício físico”* foi também referida como uma boa medida para *“fazer baixar o peso”* e, por conseguinte, promover a saúde. A necessidade de melhorar a atividade física, esteve muito associada à realização de atividades recreativas e de lazer. Parece haver uma certa orientação para a promoção da saúde, não só física como mental.

No que se refere à categoria - ter motivação e iniciativa - podemos inferir que os estudantes que se referiram à motivação, sentem falta dela para responder aquilo que consideram ser um vício para eles próprios. Pois referiram sentir *“falta de vontade para mudar o seu comportamento”*, muito associado ao consumo de tabaco, aos hábitos alimentares, bem como ao facto de não praticarem qualquer desporto. A atividade física aparece quase sempre mais relacionada com o desporto do que com outro tipo de atividade como caminhadas ou outras atividades. Mas ao mesmo tempo, o lazer e atividades recreativas constituem-se, para os estudantes, como algo que deve acontecer numa espécie de complementaridade, tendo em vista um completo bem-estar. Reconhecem essa necessidade e atribuem-lhe importância, mas não sentem ainda vontade para o fazer. Para isso necessitam de promover uma *“reflexão individual”*. Alguns estudantes referiram mesmo *“sinto que já fui ativo, tenho de melhorar”*. Também mostraram vontade em *“conciliar o exercício físico com os estudos”* e ao mesmo tempo ter iniciativa em encontrar *“meios de distração mais saudáveis”*. Nesta sequência emergiu uma terceira categoria - ter uma

atitude diferente - os estudantes identificaram que a sua atitude é mais de “*adiar a tomada de decisão*” do que encarar o “*espírito de sacrifício*” que a mudança pode envolver. Consideraram que, por um lado, “*ter uma atitude diferente*”, por exemplo “*ver menos televisão*”, pode impulsionar uma mudança de comportamento favorável a um estilo de vida mais saudável. Por outro, essa mudança de atitude pode ser um bom indicador para promover a ação. A necessidade sentida e expressa de “*falta de iniciativa*” encontrava-se muitas vezes num contexto de falta de atitude e ou motivação, dando a ideia de que uma atitude negativa e falta de motivação mediavam a iniciativa ou a falta dela, por parte dos participantes. Também a falta de “*pedido de ajuda*” por parte de quem reconheceu essa necessidade, foi inserida num discurso de “*falta de vontade*” e por isso não terem iniciativa para acionar esse pedido a terceiros, quer à família quer aos amigos, ou aos serviços adequados. O pedido de ajuda que os participantes referiram, não tendo sido muito claros, foi mencionado a necessidade de “*deixar de fumar*” e de “*alívio do stresse*” a que estavam submetidos, embora não especificassem a causa desse stresse.

De referir que, embora os estudantes tivessem reconhecido como um vício o “*uso de computador, internet e jogos*”, nunca referiram a necessidade de mudança de comportamento. Neste contexto, fica a dúvida se isto se deve ao facto de não equacionarem a mudança deste comportamento ou se o uso destas tecnologias é para continuar.

O consumo de tabaco, de chocolate e o uso de computador, internet e jogos foram, como referido, os vícios que registaram frequências mais elevadas, vícios que podem, facilmente criar a adição e afetar a sua própria saúde. Contudo, alegaram sentir-se motivados e terem iniciativa para a mudança de comportamentos. Incluindo, também, aspetos relacionados com a alimentação e exercício físico que, por um lado, se podem associar a aspetos positivos para a saúde individual e, por outro, à sua própria autoestima, no pressuposto de que comer mais fruta e praticar mais exercício físico pode beneficiar a saúde e autoimagem.

Autoimagem dos estudantes

Em resultado da análise da autoimagem dos estudantes com base na escala de Stunkard (Scagliusi et al., 2006) verificou-se que 79% dos estudantes apresentavam um bom nível; isto é, encontravam-se satisfeitos com a sua própria imagem e apenas 21%, se revelaram insatisfeitos com a sua imagem corporal.

Bem-estar psicológico dos estudantes

Pela análise dos dados obtidos pela aplicação do questionário Bem-Estar Psicológico (QBEP), concluímos que os participantes apresentavam na globalidade um razoável bem-estar psicológico (média de 15,07±2,24), variando os valores de bem-estar psicológico entre

11 e 22 pontos. Os estudantes apresentaram valores mais baixos a nível da dimensão humor deprimido (tabela 14) o que nos pode levar a pensar que se sentem psicologicamente abatidos ou deprimido.

A transição para o ensino superior tem repercussões significativas no desenvolvimento psicológico dos estudantes (Souza, 2015). O humor deprimido é definido como “Emoção negativa: sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (ICN, 2016, p. 62). Esta emoção tem impacte significativo na sua qualidade de vida, o que se poderá repercutir no desempenho académico dos estudantes.

Tabela 14: Bem-estar psicológico dos estudantes

Dimensão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	0	5	2,66	1,215
Vitalidade	0	5	2,13	0,901
Humor deprimido	0	4	1,88	0,992
Autocontrolo	0	5	2,88	1,095
Bem-estar positivo	1	5	3,07	1,024
Saúde em geral	1	5	2,45	0,991

Para avaliarmos as relações entre os conceitos que compõem a escala de bem-estar psicológico, realizámos uma análise das intercorrelações. Tal como se pode verificar na tabela seguinte todos os conceitos apresentaram valores de correlação com significância estatística para $p < 0,001$. De referir que a “Ansiedade” correlaciona-se negativamente com todas as restantes variáveis. Isto significa que este conceito se relaciona em sentido inverso com os restantes. Por isso, podemos afirmar que para níveis de ansiedade elevados correspondem valores das restantes variáveis baixos e vice-versa.

Tabela 15: Intercorrelações do bem-estar psicológico dos estudantes

	Ansiedade	Vitalidade	Humor deprimido	Autocontrolo	Bem-estar positivo	Saúde em geral	Bem-estar total
Ansiedade	1						
Vitalidade	-,530** ,000	1					
Humor deprimido	-,713** ,000	,608** ,000	1				
Autocontrolo	-,663** ,000	,535** ,000	,622** ,000	1			
Bem-estar positivo	-,634** ,000	,581** ,000	,694** ,000	,653** ,000	1		
Saúde em geral	-,439** ,000	,412** ,000	,484** ,000	,384** ,000	,287** ,002	1	
Bem-estar total	-,570** ,000	,783** ,000	,814** ,000	,780** ,000	,789** ,000	,648** ,000	1

Níveis de significância: ** $p < 0,001$

Com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson* (r), analisámos a relação entre as diferentes dimensões do bem-estar psicológico e as variáveis atributo. Verificando-se que existia uma correlação negativa significativa entre o peso e a saúde em geral ($r = -0,199$, $p =$

0,034). Assim, um peso mais elevado poderá estar associado e menor nível de saúde e bem-estar.

Concluimos que a idade se correlacionava negativamente com a ansiedade ($r = -0,304$; $\rho = 0,001$), à medida que a idade avança há uma menor perceção de ansiedade, com a vitalidade ($r = -0,332$; $\rho < 0,001$), à medida que a idade avança a vitalidade é menor e com o humor depressivo ($r = -0,289$; $\rho = 0,002$). Os estudantes mais jovens sentem-se psicologicamente mais abatidos. À medida que a idade avança maior é o autocontrolo ($r = 0,338$; $\rho < 0,001$) e o bem-estar positivo ($r = 0,273$; $\rho = 0,003$) revelando os estudantes mais alegria. Na globalidade, verificamos que à medida que a idade avança menor é o bem-estar psicológico ($r = -0,213$; $\rho = 0,024$).

No sentido de verificarmos se o bem-estar psicológico se manifestava de forma diferente nos estudantes do sexo masculino e feminino recorremos ao cálculo do t teste (tabela 16). Do conjunto das dimensões do bem-estar psicológico, as raparigas apresentam médias mais elevadas e com significado estatístico na “Ansiedade” ($t = 2,429$; $\rho = 0,017$) “Humor deprimido” ($t = -2,599$; $\rho = 0,011$) e “Saúde em geral” ($t = -2,892$; $\rho = 0,005$).

Na avaliação do “Bem-estar psicológico total” (tabela 16) os estudantes do sexo masculino apresentavam médias mais altas. No entanto, a diferença entre as médias dos rapazes e das raparigas não apresentaram significado estatístico. Contudo, podemos afirmar que, globalmente, os rapazes se encontram melhor psicologicamente que as raparigas.

Tabela 16: Análise das diferenças do sexo e o bem-estar psicológico

Bem-estar psicológico	t	GL	ρ	Média Raparigas	Média Rapazes
Ansiedade	2,429	111	0,017*	2,79	2,10
Vitalidade	-1,288	111	0,200	2,82	3,10
Humor deprimido	-2,599	111	0,011*	3,01	3,62
Autocontrolo	-1,017	111	0,312	2,83	3,10
Bem-estar positivo	-1,067	111	0,288	3,02	3,29
Saúde em geral	-2,892	111	0,005**	2,42	3,10
Bem-estar total	-1,865	111	0,065	16,89	18,29

Níveis de significância: * $\rho < 0,05$; ** $\rho < 0,01$

O conceito que mais contribuiu para o baixo nível de bem-estar, foi a ansiedade que se correlacionou com todas as outras dimensões de forma negativa. Níveis elevados de ansiedade promovem níveis baixos de energia e vitalidade, levando os participantes a sentirem-se psicologicamente abatidos, emocionalmente pouco estáveis e pouco seguros, pouco alegres ou mesmo tristes, cansados e até exaustos ou desgastados.

O percurso académico no ensino superior é marcado por novas exigências, pelo que é fundamental o desenho e implementação de estratégias de intervenção que visem minimizar

o seu impacto no bem-estar e qualidade de vida dos estudantes. Sendo fundamental “(...) apoiar, educar, proteger e prevenir eventuais repercussões negativas para a saúde causadas por desafios de carácter académico e de socialização” (Pimentel, et al., 2013, p. 199), pelo que o acompanhamento ao longo do percurso no ensino superior desempenha um papel preponderante na vida e sucesso académico dos estudantes. É essencial que os currículos estejam devidamente alinhados com as necessidades dos estudantes de forma a permitir o seu desenvolvimento saudável e sustentável durante o percurso académico. Através da implementação de programas direccionados à promoção da sua saúde estaremos a contribuir para uma população mais saudável.

Perfil de saúde da comunidade docente e não docente

Dos 27 participantes colaboradores que pertenciam ao quadro da escola 63% eram docentes e 37% não docentes. A média de idades dos colaboradores era de aproximadamente $40 \pm 10,79$ anos, variando entre 21 e 60 anos. Relativamente ao sexo a maioria dos colaboradores pertenciam ao sexo feminino ($n = 19$; 70,4%). No que concerne às habilitações académicas, 11% não responderam a esta questão, dos que responderam 25,9% ($n = 7$) eram licenciados, 22,2% ($n = 6$) estavam habilitados com o ensino secundário, 18,5% ($n = 5$) com o grau de mestre, 18,5% ($n = 5$) com o grau de doutor e 3,7% ($n = 1$) com o 3º ciclo de escolaridade.

Estilos de vida dos colaboradores

A análise do estilo de vida dos participantes permitiu-nos concluir que correspondia a “Muito Bom” (valor médio global de $87,70 \pm 12,94$ pontos que se enquadra na categoria 85-102 pontos). Nenhum participante apresentava pontuação inferior a 64 pontos. A maioria (59,2%; $n = 16$) enquadrava-se num estilo de vida “Muito Bom”, 22,2% ($n = 6$) no “Bom”, 14,8% ($n = 4$) no “Regular” e 3,7% ($n = 1$) no “Excelente” (pontuação entre 103-120).

Da análise das dimensões que compõem o FANTASTICO, tal como podemos observar na tabela seguinte, verificamos que as dimensões “Álcool e outras drogas” e “Comportamentos de saúde e sexualidade”, são os que apresentam médias mais elevadas. Os domínios com valores médios mais baixos são a “atividade física/associativismo”, a “nutrição”, o tabaco, o “sono e stress”, “trabalho/tipo de personalidade”.

Tabela 17: Estatística descritiva do estilo de vida dos colaboradores

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
F - Família e amigos	2	8	7,56	1,40
A - Atividade física e associativismo	0	10	5,11	3,00
N – Nutrição	4	12	7,63	1,84
T – Tabaco	2	8	6,59	2,41
A - Álcool e outras drogas	18	24	22,07	1,71
S - Sono e stress	4	12	8,67	2,22
T - Trabalho/tipo de personalidade	2	10	7,04	2,56
I - Introspeção	2	12	8,44	2,62
C - Comportamentos de saúde e sexualidade	2	12	9,11	2,38
O - Outros Comportamentos	4	8	6,89	1,50
Global	64	108	87,70	11,20

Para analisarmos como se relacionavam entre si os diferentes domínios do FANTASTICO, na amostra em estudo, recorremos ao coeficiente de correlação de *Pearson*, tendo concluído que existia uma correlação positiva e significativa entre “família e amigos” e “comportamentos de saúde e sexual” ($r = 0,526$, $\rho = 0,005$); “nutrição” e “álcool e outras drogas” ($r = 0,400$, $\rho = 0,039$), “sono e stress” e “comportamentos de saúde e sexual” ($r = 0,467$, $\rho = 0,014$); “trabalho/tipo de personalidade” e “introspeção” ($r = 0,501$, $\rho = 0,008$); “introspeção” e “comportamentos de saúde e sexual” ($r = 0,560$, $\rho = 0,002$). Verificamos ainda que, o “número de vezes de saídas à noite para atividades recreativas”, se correlaciona significativamente e de forma negativa com o domínio da “família e amigos” ($r = 0,589$, $\rho = 0,006$) e com o “trabalho/tipo de personalidade” ($r = 0,488$, $\rho = 0,029$).

Na análise das diferenças do sexo com as dimensões do FANTASTICO verificamos que apenas se encontraram diferenças na dimensão “tabaco”, os participantes do sexo feminino apresentam médias mais elevadas (3,63) do que os do sexo masculino (2,5), $t = -2,43$, $\rho = 0,02$, o mesmo acontece com a dimensão “Álcool e outras drogas”, sexo feminino (11,26), e masculino (10,5), $t = -2,86$, $\rho = 0,03$.

Quando analisámos se existiam diferenças entre o grupo de docentes e não docentes e as dimensões do FANTASTICO, concluímos que existem diferenças com significado estatístico, sendo que a média dos docentes foi superior à dos não-docentes nas dimensões que se seguem: “família e amigos”, $t = 2,33$; $\rho = 0,028$, (médias de 4,00 e 3,40 respetivamente); “introspeção”, $t = 2,386$; $\rho = 0,025$, (médias de 4,65 e 3,50 respetivamente); “Comportamentos de saúde e sexual”, $t = 2,391$; $\rho = 0,025$, (médias de 4,94 e 3,90 respetivamente). Contudo, na análise do FANTASTICO total, não se verificaram existir diferenças estatísticas significativas entre os grupos ($t = 1,416$; $\rho = 0,169$) embora as médias do grupo dos docentes fossem superiores às do não docentes (90,00; 83,80 respetivamente).

Autoestima dos colaboradores

No que se refere à autoestima dos colaboradores verificámos que apresentou valores médios de $34,19 \pm 3,99$, variando entre 29 e 40 pontos, sendo estes valores muito similares aos apresentados pelos estudantes ($34,20$, $DP=4,53$).

Como podemos observar na tabela 18, existe uma autoestima elevada, a maioria dos participantes concorda com as questões de sentido positivo e discorda das que têm sentido negativo. Dito de outra forma, os participantes apresentam uma atitude favorável face aos estímulos que promovem a autonomia e desfavorável perante as questões que são contrárias ao seu bem-estar, ao gostar ou sentir orgulho de si próprio. Agregando os itens da escala em dois fatores, agrupando no fator 1 os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8, 9) e no fator 2 os itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7, 10), verificámos que os participantes apresentam valores médios equilibrados entre ambos os fatores.

Tabela 18: Estatística descritiva da autoestima dos participantes

Autoestima	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Negativa	2,80	4,00	3,42	0,458
Positiva	3,00	4,00	3,42	0,405

No sentido de conhecermos se os participantes do sexo masculino e feminino tinham autoestima diferente, conduzimos uma análise das diferenças, pela utilização do *t* teste para todas as questões que compõem a escala da autoestima (tabela 19).

Tabela 19: Distribuição percentual dos docentes e não docentes - autoestima

Autoestima	Discordo muito	Discordo um pouco	Concordo um pouco	Concordo muito
De forma geral estou satisfeito/a comigo mesmo	-	-	18 (66,7%)	9 (33,3%)
Às vezes penso que não presto para nada	12 (44,4%)	15 (55,6%)	-	-
Penso que tenho algumas boas qualidades	-	-	14 (51,9%)	13 (48,1%)
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas	-	-	15 (55,6%)	12 (44,4%)
Creio que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar	14 (51,9%)	13 (48,1%)	-	-
Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil	16 (59,3%)	10 (37%)	1 (3,7%)	-
Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros	1 (3,7%)	-	12 (44,4%)	14 (51,9%)
Gostaria de ter mais consideração por mim próprio	9 (33,3%)	9 (33,3%)	8 (29,6%)	1 (3,7%)
Bem vistas as coisas sou levado a pensar que sou um falhado	19 (70,4%)	7 (25,9%)	1 (3,7%)	-
Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa	-	-	16 (59,3%)	11 (40,7%)

Quisemos conhecer como é que a variável autoestima (*scores* globais) se comportava quando se tratava de pertencer ao sexo masculino ou feminino. Para isso conduzimos uma análise de variância através da aplicação do Teste *t*. Os resultados indicam que o sexo

masculino apresenta média mais elevada (34,88) quando comparado com o sexo feminino (33,89), mas as suas diferenças não têm significado estatístico ($t = 0,575$, $p = 0,570$). Não existem diferenças na autoestima entre homens e mulheres. Ambos os sexos apresentaram a autoestima elevada, dado que o valor da média da autoestima total era de $34,19 \pm 3,99$, variando as pontuações obtidas entre 29 e 40 pontos (40 pontos valor máximo possível).

Também procurámos conhecer se havia diferenças entre docentes e não docentes relativamente à autoestima e os resultados mostraram que a diferença das médias, dos dois grupos, não tinha significado estatístico. Para averiguar se existia relação entre a variável idade e a autoestima total, recorremos à correlação de *Pearson* tendo-se verificado que não existia relação. Concluímos, portanto, que a idade não influencia a autoestima dos participantes.

Principais vícios ou dependências

No que se refere a vícios e dependências, 18,5% responderam afirmativamente, sendo o consumo de tabaco e café os vícios mais referidos. Dos que responderam, 74,5% referiram nunca terem tentado alterar estes comportamentos. Quanto a saídas noturnas para atividades recreativas constatámos que 25,9% ($n = 7$) saem cerca de uma vez por semana, 14,8% ($n = 4$) duas vezes, 3,7% ($n = 1$) quatro vezes e 11,1% ($n = 3$) nunca saem à noite. Uma percentagem elevada de participantes (44,4%) não respondeu a esta questão. Na mesma questão, mas com uma frequência mensal, observámos que 25,9% ($n = 7$) saem cerca de duas vezes por mês, 14,8% ($n = 4$) uma vez, 14,8% ($n = 4$) quatro vezes, 11,1% ($n = 3$) oito vezes, 3,7% ($n = 1$) dezasseis vezes e 3,7% ($n = 1$) zero vezes. Não responderam a esta questão 25,9% dos participantes. A associação do consumo de tabaco e café é habitual (Alcântara da Silva, et al., 2015) e, normalmente, as tentativas para alterar um desses comportamentos implica equacionar a alteração dos dois. A percentagem de colaboradores que referiu ter estes vícios foi pequena e, como não questionámos, desconhecemos outros aspetos caracterizadores destes hábitos. Contudo, considerando os efeitos que estes consumos podem ter para a saúde pensamos que se justifica a realização de um programa sobre estes tópicos, dirigido a estes participantes.

Quando questionados sobre o montante que gastavam nas suas saídas noturnas para atividades recreativas, 29,6% ($n = 8$) dos participantes não responderam. Dos que responderam 25,9% ($n = 7$) afirmaram gastar, em média, por noite vinte euros, 11,1% ($n = 3$) dez euros, 7,4% ($n = 2$) trinta euros, 3,7% ($n = 1$) cinco euros, 3,7% ($n = 1$) vinte e cinco euros, 3,7% ($n = 1$) cem euros e 3,7% ($n = 1$) cento e vinte euros.

O rendimento mensal do agregado familiar era de quatro a seis ordenados mínimos (± 3000 euros) para 44,4% ($n = 12$) dos colaboradores, um a três ordenados mínimos (± 1500 euros) para 40,7% ($n = 11$), até ± 500 euros para 7,4% ($n = 2$), de ± 5000 euros para 3,7% ($n = 1$). Apenas um participante não respondeu a esta questão.

Todos os colaboradores referiram não se encontrarem deslocados do seu local de residência.

O peso corporal médio dos colaboradores era de $66,1 \pm 12,53$ Kg, variando entre 50 e 93 Kg.

Autoimagem dos colaboradores

Na avaliação da autoimagem apurámos que os participantes tinham uma boa imagem de si próprios (66,6%, $n=18$), contudo não podemos deixar de relevar o facto de 33,4% ($n=9$) se mostrarem insatisfeitos com a sua imagem corporal, pois esta insatisfação pode refletir-se negativamente na autoestima e na saúde. Este resultado, relativamente elevado, merece pois, uma reflexão no sentido da intervenção em educação em saúde. Esta insatisfação pode estar diretamente relacionada com o facto de se verificar que os valores do peso variam entre 50 e 93 Kg, não podendo esquecer que a maioria (70,4%) destes participantes é do sexo feminino tendo, 50% considerado que tinham excesso de peso.

Bem-estar psicológico dos colaboradores

Para analisarmos o bem-estar psicológico procedemos à recodificação dos itens negativos, fazendo assim corresponder um melhor bem-estar a pontuações mais altas. Verificámos que os participantes apresentavam um valor médio de bem-estar psicológico (pontuação total) de $20,77 \pm 4,1$, variando os valores entre 11 e 26 pontos, pelo que podemos concluir que se trata de um valor relativamente elevado, o que acompanha, de certo modo, os resultados da avaliação que foi realizada, anteriormente, para a autoestima. Os valores das médias obtidas em cada dimensão variaram entre 3,00 e 3,50 (Ansiedade 3,37; Vitalidade 3,44; Humor deprimido 3,41; Autocontrolo 3,48; Bem-estar positivo 3,50; Saúde em geral 3,00). Estes resultados estão em consonância com o que foi dito anteriormente relativamente ao Bem-estar psicológico- escala global - considerando que os valores das médias das diferentes dimensões são muito elevados, tendo em conta que as pontuações para cada dimensão variam do nada (0) ao muito (5) ou do nunca ao sempre, conforme o caso.

Foram analisadas as diferenças do bem-estar psicológico entre o grupo de docentes e o grupo dos não docentes, não se encontrando diferenças significativas entre ambos, nem nas diferentes dimensões nem no bem-estar psicológico total (score global da escala).

Na correlação entre as diferentes dimensões do bem-estar psicológico e as variáveis atributo, concluímos que existia uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a idade, a ansiedade ($r = 0,558$; $p = 0,002$) e vitalidade ($r = 0,386$; $p = 0,047$), o peso e a vitalidade ($r = 0,397$; $p = 0,049$). Sendo os participantes com mais idade aqueles que revelaram maiores níveis de ansiedade e os colaboradores com mais peso os que se sentem com mais vitalidade.

Concluimos, ainda, que existe uma correlação positiva e significativa entre os rendimentos do participante e o autocontrolo ($r = 0,497$; $p = 0,010$), verificando-se que à medida que aumentam os rendimentos do agregado familiar aumenta a perceção de autocontrolo.

Em síntese, o diagnóstico epidemiológico permitiu-nos conhecer potenciais causas de problemas que merecem intervenção para a realização de programas de promoção da saúde na comunidade académica. É evidente a necessidade de melhorar os estilos de vida, tanto nos estudantes como nos colaboradores. Nos estudantes as dimensões do bem-estar psicológico parecem estar mais afetadas, carecendo por isso de ser priorizadas.

No que se refere aos estilos de vida dos estudantes, observando os dados na sua globalidade, podemos afirmar que têm comportamentos que promovem estilos de vida saudáveis. Embora, o número de estudantes com estilo de vida “regular” seja reduzido, justifica, sempre, uma intervenção estruturada e adequada às necessidades de ensino em termos de promoção da saúde, desses estudantes, tendo em vista a mudança de comportamentos.

Na análise por sexo concluímos que os rapazes parecem ter práticas consonantes com um estilo de vida mais saudável quando comparados com as raparigas. As raparigas praticam menos desporto, demonstram ter maior dificuldade na gestão do stresse no dia-a-dia, não apresentam um sono reparador e têm mais dificuldade em gerir os tempos livres, os rapazes fumam mais e consomem mais álcool e outras drogas do que as raparigas. Estes aspetos justificam ações dirigidas ao aumento da atividade física, gestão de stresse, padrão de sono e abandono de consumos nocivos.

No que se refere à autoestima dos estudantes, em sentido global, os rapazes estão mais satisfeitos, valorizam-se mais, sentem-se mais orgulhosos e têm uma atitude mais positiva, consigo próprios do que as raparigas.

Relativamente à autoimagem os resultados indicam que a maioria dos participantes se veem a si próprios de uma forma positiva.

No que concerne ao perfil de saúde dos colaboradores, trata-se de um grupo relativamente jovem, maioritariamente do sexo feminino, com habilitações académicas adequadas à função que desempenham. No que se refere à autoimagem, uma percentagem considerável mostrava-se insatisfeita com a sua imagem corporal, merecendo, na nossa perspetiva uma importante reflexão no sentido da intervenção em educação em saúde. Esta insatisfação pode estar diretamente relacionada com o peso.

Dos vícios reconhecidos pelos estudantes destacamos o consumo de tabaco, de chocolate e o uso de computador, internet e jogos, como os que registaram frequências mais elevadas. De facto, estes podem criar facilmente adição e afetar a saúde. Os estudantes referiram a necessidade de alterar esses comportamentos, de ter uma atitude diferente, sentirem-se motivados e terem iniciativa para a mudança. Neste contexto incluíram, também, aspetos relacionados com a alimentação e exercício físico que se podem associar a aspetos positivos para a saúde individual e à autoestima.

Os vícios mais indicados, pelos docentes e não docentes, foram o consumo de álcool e café, referindo a maioria dos que reportaram estes consumos nunca ter tentado alterar estes hábitos. O que nos parece um ponto crítico que justifica um programa de ações específicas para este grupo de participantes.

O bem-estar psicológico dos estudantes foi avaliado como aceitável. O conceito que mais contribuiu para este nível de bem-estar foi a ansiedade. Considerando que níveis elevados de ansiedade promovem níveis baixos de energia e vitalidade, podemos concluir que os participantes se sentem psicologicamente abatidos, emocionalmente pouco estáveis, e pouco seguros, pouco alegres ou mesmo tristes, cansados e até exaustos ou desgastados.

Os colaboradores docentes e não docentes revelam elevados níveis satisfação consigo próprios e de bem-estar psicológico e estilos de vida saudáveis, independentemente do sexo.

É, portanto, evidente a necessidade de melhorar os estilos de vida, tanto dos estudantes como dos colaboradores. Nos estudantes as dimensões do bem-estar psicológico parecem estar mais afetadas, carecendo por isso de ser priorizadas. Note-se que o consumo de álcool, tabaco e outras drogas está na literatura científica, muito relacionado com o bem-estar psicológico e o contexto de vida.

4.3. Diagnóstico comportamental e ambiental

Neste ponto vamos abordar a vulnerabilidade da comunidade estudantil nas festas académicas e o risco em contexto recreativo.

Vulnerabilidade dos estudantes em contextos recreativos

Para a recolha de informação para o estudo da vulnerabilidade da comunidade estudantil nas festas académicas foi utilizado um guião de observação participante, com o objetivo de caraterizar os contextos recreativos noturnos que os estudantes frequentam, tal como descrito anteriormente.

Antes da recolha de informação procedemos ao mapeamento dos locais mais frequentados pelos estudantes durante as festas académicas, tendo sido selecionados três contextos recreativos da cidade. Foram contactados os locais selecionados no sentido de os informar sobre o tipo de estudo que estávamos a realizar, a metodologia a utilizar e pedido aos empresários da noite, de permanecerem no local durante o período de observação, no sentido de solicitar algum esclarecimento se necessário. Houve por parte dos empresários uma grande receptividade. Durante o período em que os investigadores permaneceram no local, houve o cuidado de circularem livremente no espaço como se de um cliente se tratasse, interagindo com os clientes e *staff*.

O guião de observação (anexo III) contemplava a identificação dos contextos recreativos; o acesso, segurança do local e critérios usados na supervisão dos clientes; caraterização do *staff*; condições de segurança e de saúde; Informação e disponibilidade de transportes; medidas de prevenção, controlo ou incentivo ao consumo de álcool e drogas, prevenção de riscos e diminuição de danos.

Na tabela que se segue, apresentamos os dados que identificam e caraterizam os locais selecionados. De assinalar que a idade e sexo dos clientes são valores estimados pelos investigadores no momento da observação.

Tabela 20: Identificação dos contextos recreativos e descrição dos clientes

Identificação	Contexto Recreativo 1	Contexto Recreativo 2	Contexto Recreativo 3
Tipo	Bar/Disoteca	Bar/Disoteca	Bar
Horário	22h-02h	22h-02h	20h-03h
Média de idade dos clientes	24 anos	25 anos	21 anos
Sexo predominante	Masculino	Feminino	Feminino
Atividade principal	Dançar, beber, conviver presencialmente e nas redes sociais	Ouvir música, beber, conviver presencialmente	Beber e dançar
Tipo de música	Brasileira, House	Chill-out	Brasileira
Iluminação	Intensidade média	Intensidade baixa	Intensidade elevada
Decoração	Moderna	Contemporânea	Moderna
Mensagens agressivas	Não	Não	Não
Marketing	Facebook e SMS	Facebook	Facebook

Na tabela 21 apresentamos os dados sobre o acesso e segurança dos locais recreativos, anteriormente descritos, e o tipo de supervisão de clientes, que praticam. A maioria da informação foi recolhida junto dos empresários, nomeadamente o número de pessoas presentes, controlo de armas, existência de porteiros treinados para supervisão do local de entrada e ação exercido pelo *staff* aos clientes que usam ou consomem drogas no local. No contexto recreativo 3, o número de pessoas presentes refere-se não só às que se localizavam no interior do bar, mas também, às que circulavam no exterior.

Tabela 21: Acesso e segurança do local e supervisão dos clientes que acedem aos contextos recreativos

Acesso e segurança	Contexto Recreativo 1	Contexto Recreativo 2	Contexto Recreativo 3
Lotação do local	500	260	230
Porteiros	Sim (1)	Sim (1)	Não
Nº pessoas presentes	435	245	240
Preço à entrada	2 euros	2 euros	Gratuito
Estratégias na sobrelotação	Barrar entrada	Não existe	Não existe
Controlo da idade	Sim (BI)	Sim (BI)	Não
Controlo de armas	Não	Não	Não
Controlo na admissão de clientes	Sim	Não	Não
Porteiros treinados para supervisão do local de entrada	Sim	Não	Não
Controlo de pessoas sob efeito de álcool	Não	Sim	Não
Ação do <i>staff</i> para clientes que usam drogas	Convidados a sair	Expulsos	Convidados a sair

O *staff* dos três contextos recreativos tinha formação sobre atuação em situações de incêndio, treino para minimizar problemas e gerir conflitos (tabela 22). Num dos contextos tinham, também, formação em primeiros socorros.

Tabela 22: Caraterização do Staff

Staff	Contexto Recreativo 1	Contexto Recreativo 2	Contexto Recreativo 3
Empregado: <i>Barman</i>	3 / 4	3	3
<i>Disco Jockey</i>	Sim	Sim	Sim
Relações públicas	Sim (1)	Sim (2)	Sim (1)
Porteiro/segurança (Contratado ou empresa externa)	1 contratado	1 contratado	Não
Staff facilmente identificável	Não	Não	Sim
Staff treinado para minimizar problemas	Sim	Sim	Sim
Staff realiza reuniões periódicas para avaliar segurança no local	Sim	Não	Sim
Staff treinado para gerir conflitos	Sim	Sim	Sim
Staff tem formação em 1ºs socorros	Não	Não	Sim
Staff tem formação em caso de incêndio	Sim	Sim	Sim
Staff visualiza a totalidade do espaço	Sim	Sim	Sim
<i>Disco Jockey</i> tem contacto com os clientes	Sim	Sim	Sim

Relativamente à componente de segurança nos diferentes contextos (tabela 23), todos tinham alarmes de deteção de incêndio, num foram identificadas saídas de emergência e dois deles possuíam no *staff* elementos com função de “apanha copos” sendo que os copos utilizados eram de plástico. Dois contextos forneciam algum tipo de comida, à base de sandes e *snacks*. Na generalidade, em termos de higiene dos sanitários, verificámos que estavam limpos e num dos locais existia um dispensador de preservativos nos sanitários. Todos apresentavam boa ventilação e temperatura ambiente controlável.

Tabela 23: Condições de segurança e de saúde dentro dos contextos recreativos

Condições de segurança e saúde	Contexto Recreativo 1	Contexto Recreativo 2	Contexto Recreativo 3
Saídas de emergência	2	Não	Não
Alarmes de deteção de incêndios	Sim	Sim	Sim
Apanha copos	Não	Sim	Sim
Copos na pista de dança	Sim	Não	Não
Copos de segurança (plástico)	Não	Sim	Sim
Provisão de comida	Não	Sim	Sim
Área de <i>chill-out</i>	Sim (Exterior)	Sim	Sim
Água nas casas de banho	Sim	Sim	Sim
Casas de banho limpas com regularidade	Sim	Sim	Sim
Casas de banho controladas pelo <i>staff</i>	Sim	Não	Sim
Água a baixo custo/gratuita	Não	Não	Sim
Boas condições de ventilação/ar condicionado	Sim	Sim	Sim
Preservativos disponíveis/acessíveis	Sim (1Euro)	Não	Não
Temperatura ar ambiente controlável	Sim	Sim	Sim
Existência de material 1ºs socorros	Sim	Sim	Sim

Relativamente à adoção de medidas de prevenção, controlo ou incentivo ao consumo de álcool (tabela 24) concluímos que todos os contextos recreativos adotavam uma política de interdição de venda de álcool a clientes visivelmente embriagados. Quanto ao incentivo ao consumo em dois dos contextos recreativos constatámos a existência de *happy hours* e a permissão do consumo de bebidas pelo *staff* durante o período de trabalho. Apenas num contexto recreativo a água e outras bebidas não alcoólicas eram a um preço mais baixo que as bebidas com álcool. Num dos locais a água era inclusivamente vendida a um preço mais elevado do que um copo de cerveja.

Tabela 24: Medidas de prevenção, controlo ou incentivo ao consumo de álcool

Ação sobre o consumo de bebidas	Contexto Recreativo 1	Contexto Recreativo 2	Contexto Recreativo 3
<i>Happy-hours</i>	Sim	Não	Sim
Testes de alcoolemia/prevenção condução com álcool	Não	Não	Não
Medidas de segurança clientes embriagados	Não	Não	Sim, controlo de bebidas
Redução danos realizada pelo <i>staff</i> a clientes embriagados	Sabem mas não atuam	Sim, convidam a sair	Sim, convidam a sair
Venda interdita a clientes visivelmente embriagados	Sim	Sim	Sim
<i>Staff</i> bebe durante o serviço	Não	Sim	Sim
Promoção de bebidas energéticas	Não	Não	Não
Água e bebidas não alcoólicas mais baratas	Não	Não	Sim

Sobre as medidas adotadas para a prevenção, controlo ou incentivo ao consumo de drogas, não foram observados sinais de consumos ou venda de drogas nos recintos. Porém, não existe qualquer tipo de informação exposta ao público sobre a proibição de consumir drogas no local. Quanto às medidas de prevenção de tráfico no local, no contexto recreativo 1 existia um procedimento de vigilância sobre esta matéria. Nos restantes não foi referida a existência de qualquer medida preventiva.

Em nenhum dos contextos recreativos estava afixada informação sobre transportes públicos ou privados, horários e contactos, que os clientes pudessem recorrer para deslocação em caso de necessidade. Também não observámos qualquer tipo de informação sobre medidas de prevenção de acidentes rodoviários. Apenas um dos contextos tinha facilidade de estacionamento no local, embora de natureza pública.

No que concerne a medidas de prevenção de risco associados aos contextos recreativos noturnos, não foi observado, em nenhum destes locais, informação visível alusiva a estes aspetos. Todos os empresários referiram que tinham um plano de ação definido em articulação com as forças policiais, em caso de ocorrência de conflitos no interior do espaço e dois dos contextos recreativos adotavam estratégias conjuntas, com outros locais recreativos, em articulação com as forças de segurança, no sentido de prevenir problemas comuns.

Riscos em contextos recreativos dos estudantes

Para avaliação do risco em contextos recreativos aplicámos um questionário, via *online*, no sentido de recolher informação sobre a cultura de diversão, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, conduta sexual dos estudantes e a perceção de risco ($n = 113$). A informação mostrou-se relevante para obtermos um perfil dos comportamentos de risco adotados no contexto de festas académicas.

A caracterização dos participantes quanto ao sexo, idade, peso e curso que frequentam encontra-se descrita anteriormente, quando procedemos à análise do bem-estar psicológico

dos estudantes no diagnóstico epidemiológico. Quanto ao local de residência a maioria dos participantes, pertence ao Concelho de Oliveira de Azeméis (51,3%, n = 58), os restantes são provenientes do concelho de Santa Maria da Feira (14,2%, n = 16), Funchal (4,5 %, n = 5), São João da Madeira (4,4 %, n = 5), Vale de Cambra (3,5%, n = 4), Aveiro (2,7%, n = 3), Estarreja (2,7%, n = 3), Arouca (1,8%, n = 2), Coimbra (1,8%, n = 2), Porto (1,8%, n = 2), Oliveira do Bairro (1,8%, n = 2) e 9,5% (n = 11) outras localidades com uma representação inferior a 0,9%.

Relativamente ao estado civil 46,9% (n=53) eram solteiros, 36,3% (n=41) viviam com o namorado/a, 15,9% (n=18) eram casados e 0,9% (n=1) viúvos. A maioria dos estudantes vivia com os pais 76,1% (n=86), 10,6% (n=12) com outras famílias, 8,0% (n=9) sozinhos, 4,4% (n=5) só com o/a namorado/a e 0,9% (n=1) em residência de estudantes.

No que se refere aos ideais políticos a maioria (70,8%; n = 80) dos estudantes não tinha posição/opinião, 13,3% (n = 15), reportaram ser da direita, 8,0% (n = 9) da esquerda, 6,2% (n = 7) do centro, 0,9% (n = 1) de extrema-direita, 0,8% (n = 1) não responderam. Quanto a crenças religiosas 46% (n = 52) eram crentes e praticantes, 43,4% (n = 49) crentes mas não praticantes e 10,6% (n = 12) reportaram ser não crentes.

Quanto à participação em atividades de voluntariado e/ou associativismo verificou-se que 59,3% (n = 67) se envolviam neste tipo de atividades.

Para analisar as saídas noturnas dos participantes, considerámos “saída” quando o objetivo não era apenas encontrar-se com os amigos habituais para tomar, por exemplo, um café.

Verificamos que os estudantes em média saem 3,27 noites no período de quatro semanas (tabela 25). Estes resultados corroboram os obtidos por Loureiro (2012) num estudo desenvolvido na cidade de Leiria, sendo muito inferiores aos obtidos por Lomba, Apóstolo, Azeredo e Mendes (2008) num estudo que realizaram na cidade de Coimbra que concluíram que os estudantes saíam em média 7 noites por mês. Pensamos que o facto de as saídas noturnas reportadas pelos nossos estudantes serem inferiores às mencionadas por Lomba e colaboradores (2008) se pode relacionar com a tradição académica em Oliveira de Azeméis ser muito recente e de menor dimensão.

Quando saem à noite os participantes estão em média fora de casa 4,16 horas e frequentam em média 1,52 cafés/bares/discotecas, estes resultados estão em consonância com os de Loureiro (2012). Os participantes gastam em média 8,46 euros por noite, este valor é superior 5,41 euros reportados por Loureiro (2012).

Tabela 25: Estatística descritiva das questões sobre saídas noturnas

Saídas Noturnas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Número de vezes nas últimas quatro semanas	0	10	3,27	2,88
Número de horas que está fora de casa, quando sai à noite	0	10	4,16	1,49
Quantos cafés/bares/discotecas costuma frequentar numa saída	0	5	1,52	0,83
Em média, quanto dinheiro gasta, por noite (euros)	1	50	8,46	8,51

Quando questionámos os estudantes sobre as noites da semana que normalmente costumam sair verificámos que sábado era a noite preferida (76,1%; n = 86), seguida da sexta-feira (48%; n = 54), das quintas-feiras (33,3%; n = 38) e domingos (14,5%; n = 16). Em média cada estudante assinalou sair três noites.

Os locais mais frequentados pelos estudantes quando saem à noite são os bares (63%; n = 71) e os cafés (28%; n = 32), os restantes 9% (10) eram distribuídos por discotecas, restaurantes, cinemas, bingo e passeios ao ar livre.

Para analisarmos as razões que os estudantes consideram mais relevantes para a seleção dos locais para as suas saídas noturnas utilizámos uma escala tipo *Likert* com quatro critérios de resposta, sendo 1- não importante, 2 - pouco importante, 3 - importante e 4 - muito importante (tabela 26). Pela análise das respostas podemos concluir que os estudantes priorizam os locais seguros, com WC's limpos, onde podem encontrar amigos, considerando também o tipo de música, ser um local sem fumo, de fácil acesso e agradável para dançar. A "(...) noite é o espaço em que as redes sociais se entrelaçam através de grupos detentores de características semelhantes, e onde a música tem a função de ser o elemento dinamizador da socialização" (Loureiro, 2012, p. 78). Contudo, achamos preocupante que a "Facilidade em fumar um charro dentro do local", "Facilidade em arranjar outras drogas dentro do local" e terem "Bebidas alcoólicas mais baratas" sejam ainda critérios para a seleção do local, o que "(...) denuncia a relação objectiva entre estes locais e o consumo de substâncias psicoactivas com fins recreativos" (Lomba, Apóstolo, Mendes, & Campos, 2011, p. 7).

Tabela 26: Importância das razões, na escolha de um local, quando sai à noite

Importância das razões na escolha do local quando sai à noite	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Local agradável para dançar	1	4	2,65	1,00
Tipo de música	1	4	3,17	0,79
Encontrar os amigos	1	4	3,55	0,63
Conhecer pessoas novas	1	4	1,97	0,73
Facilidade em seduzir alguém	1	3	1,16	0,42
Facilidade em fumar um charro dentro do local	1	3	1,03	0,22
Facilidade em arranjar outras drogas dentro do local	1	3	1,03	0,22
Bebidas alcoólicas mais baratas	1	4	1,79	0,97
Sítio seguro (sem violência)	1	4	3,74	0,55
Conhecer alguém do <i>staff</i> /empregados	1	4	1,88	0,95
Ambiente "louco" (pelas pessoas/música/ambiente)	1	4	1,61	0,76
Local muito movimentado	1	4	1,82	0,81
Local "underground"	1	4	1,52	0,60
Facilidade no acesso	1	4	2,92	0,84
Zona onde se situa	1	4	3,18	0,67
Poder entrar sem pagar	1	4	2,84	0,96
WC's limpos	1	4	3,56	0,66
Local sem fumo	1	4	2,94	0,94

A idade dos participantes apresentou uma correlação negativa significativa com o nível de importância da escolha do local, com o facto de ser um "local bom para dançar" ($r = -0,251$, $\rho = 0,008$), "tipo de música" ($r = -0,204$, $\rho = 0,032$), "bebidas alcoólicas serem mais baratas" ($r = -0,190$, $\rho = 0,047$), "local/zona onde se situa" ($r = -0,239$, $\rho = 0,012$) e terem "WC's" limpos ($r = -0,190$, $\rho = 0,048$).

Quisemos conhecer a perceção de risco sexual dos participantes. Esta questão foi operacionalizada em três indicadores que definem o conceito de risco sexual, o critério de medida utilizado variou entre o zero - sem risco, até quatro - elevado risco. Neste estudo considerámos risco sexual a probabilidade de os estudantes terem sexo indesejado, poderem contrair infeções sexualmente transmissíveis e/ou gravidez não planeada.

No que se refere à orientação sexual, 97,3% dos estudantes são heterossexuais, 1,8% homossexuais e 0,9% são bissexuais, sendo que 77,9% já teve uma relação sexual com penetração, 18,6% não teve uma relação sexual completa e 3,5% não responderam a esta questão. A média de idades em que tiveram a primeira relação sexual foi de $17,6 \pm 1,78$ anos variando entre 14 anos e 23 anos. Não responderam a esta questão 26,5% dos participantes.

Só 86 dos 113 estudantes responderam à questão relacionada com o número de parceiros sexuais durante os últimos seis meses, destes, 70,8% ($n = 80$) referiram que tiveram um único parceiro sexual, 3,5% ($n = 4$) dois e 1,8% ($n = 2$) três parceiros. Relativamente à frequência das relações sexuais desprotegidas e sob o efeito do consumo de álcool ou drogas ilegais (tabela 27), podemos concluir que na generalidade os estudantes, parecem ter um cuidado especial quando se trata de parceiros ocasionais e ou múltiplos parceiros, pois 70,8% ($n = 80$) referiram nunca praticarem sexo desprotegido e 64,6% ($n = 56$) nunca

se envolverem em práticas de sexo oral sem preservativo. Com o parceiro habitual as percentagens de estudantes que praticam sexo protegido são inferiores (41,6%, n = 36, sem preservativo e 60,2% n = 52, sem contraceptivo). A maioria dos estudantes (69,9%, n = 60) referiu nunca ter tido relações sexuais sob o efeito de álcool nem sob o efeito de drogas ilegais (83,2%, n = 72).

Tabela 27: Frequência com que os estudantes têm relações sexuais e em que circunstâncias

Frequência/Relações sexuais	Nunca %	Uma vez ou mais %	Muitas vezes %	Sempre ou quase sempre %	Não responderam %
Relações sexuais desprotegidas, com parceiro ocasional e/ou múltiplos parceiros	70,8	2,7	4,4	6,2	15,9
Sexo oral sem o uso de preservativo, com parceiro/a ocasional e/ou múltiplos parceiros	64,6	3,5	5,3	9,7	16,8
Relações sexuais sem o uso de preservativo, por si ou pelo parceiro/a habitual	41,6	10,6	12,4	18,6	16,8
Relações sexuais sem o uso, por si ou pelo parceiro/a habitual, de contraceptivo	60,2	4,4	8,8	9,7	16,8
Relações sexuais sob o efeito de álcool	69,9	12,4	1,8	0	15,9
Relações sexuais sob o efeito de drogas ilegais	83,2	0	0	0	16,8

Embora as percentagens de estudantes que não responderam ou praticam sexo desprotegido sejam relativamente baixas, é muito importante ter um olhar crítico sobre estes resultados. Verificou-se que as percentagens mais elevadas de sexo desprotegido correspondiam à frequência de sempre ou quase sempre em todas as categorias, seguidas da frequência muitas vezes. Estes resultados podem predizer a necessidade de intervenção em termos de educação para a saúde.

Desconhecemos as razões que levaram os estudantes a não responderem a estas questões, podemos pensar que na área da sexualidade ainda existe um certo preconceito, falta de abertura e espontaneidade. Estes aspetos parecem justificar um maior investimento na promoção da literacia na área da sexualidade, pois como estudantes de enfermagem e futuros enfermeiros terão de demonstrar competências na área da promoção da saúde.

Questionámos, também, os estudantes sobre no último ano terem contraído alguma infeção sexualmente transmissível e quais os motivos que os levaram a não usarem o preservativo. No que se refere à realização de testes para avaliar se tinham alguma infeção sexualmente transmissível, incluindo VIH, 73,5% (n = 63) responderam que nos últimos 12 meses, não realizaram qualquer despiste. Os estudantes identificaram como a principal razão para não terem usado preservativo o facto de praticarem sexo sempre com o mesmo/a parceiro/a (21,2%; n = 18), seguindo-se o facto de o/a parceiro/a, ser de confiança “sei que não tem IST” (17,7%; n = 15).

Quando questionados acerca de situações que os levaram a decidir não ter relações sexuais observámos que 54% (n = 61) não responderam à questão. Os que responderam

apontaram mais do que uma razão. A situação que mais inibiu os estudantes de terem relações sexuais foi o não acharem que era a pessoa certa (23,9%; $n = 12$), seguindo-se não terem preservativos (19,5%; $n = 10$), não terem acesso a um local limpo e com o mínimo de conforto 15,9% ($n = 8$), receio de uma possível gravidez (15,0%; $n = 8$), terem bebido ou consumido drogas em demasia (6,2%; $n = 3$), pensarem que podiam contrair alguma IST (5,3%; $n = 3$) e outras razões como infeção urinária e não terem a certeza que era o que queriam 1,8% ($n = 1$).

No que concerne ao consumo de álcool e/ou outras drogas para potenciar a relação sexual observou-se que 95,6% ($n = 108$) dos estudantes não responderam à questão. Contudo, dos que responderam 2,7% ($n = 0,14$) referiram terem usado álcool para prolongar o ato sexual e 0,9% ($n = 0,45$) responderam usar outras drogas. A mesma percentagem de estudantes utilizou o álcool e outras drogas para potenciar o prazer sexual e para facilitar o início das relações. No que se refere ao uso de álcool para ter práticas sexuais invulgares ou muito mais excitantes constatámos que 3,5% ($n = 0,18$) usou álcool e 0,9% ($n = 0,45$) outras drogas, não tendo respondido a esta questão 95,6% ($n = 108$) dos estudantes. Nesta sequência, foi analisada a relação entre o consumo de drogas e álcool, como fator influenciador de relações sexuais desprotegidas. Os resultados indicaram que 72,6% ($n = 82$) dos estudantes acreditam que estar sob efeito de drogas ou álcool promove relações sexuais desprotegidas.

Verificámos que 37,2% ($n = 42$) dos participantes percecionavam haver risco elevado quando tinham comportamentos sexuais que podiam provocar IST, gravidez não planeada ou ter sexo indesejado e 21,1% ($n = 24$) consideraram não haver risco. Quando estes comportamentos de risco sexual estão associados ao uso do álcool ou de outras drogas, os participantes percecionam, igualmente, existir elevado risco 38,1% ($n = 43$) no uso do álcool e 38,9% ($n = 44$) no uso de outras drogas, e 23,9% ($n = 27$) consideram sem risco para ambas as causas.

Procurámos identificar se existia relação, entre a idade dos estudantes e a perceção de risco sexual tendo-se verificado que existia uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a idade dos participantes e comportamentos sexuais de risco ($r = -0,287$, $\rho = 0,008$), comportamentos sexual de risco e consumo de álcool ($r = -0,244$, $\rho = 0,024$) e comportamentos sexuais de risco e uso de outras drogas ($r = -0,245$, $\rho = 0,023$). Criámos uma nova variável a partir do somatório dos três indicadores que compõem a perceção de risco sexual (a nova variável é igual à média ignorando os nulos dos itens que a compõe) e correlacionámos essa variável igualmente com a idade, obtendo um $r = -0,257$, $\rho = 0,017$, o que significa que a perceção de risco sexual por parte dos participantes varia em sentido

contrário com a idade, ou seja, quanto maior é a idade dos estudantes, menor é a sua percepção de risco sexual. Quando comparámos a percepção de risco sexual (variável risco total) com o sexo, verificámos que as raparigas apresentaram uma média de 7,55 e os rapazes 6,83, o que nos leva a concluir que as raparigas têm uma melhor percepção de risco sexual.

Quando questionados se utilizavam alguma estratégia para reduzir o risco sexual, concluiu-se que na generalidade referiram usar mais do que uma estratégia em simultâneo para reduzir o risco de contrair uma IST, gravidez não planeada ou sexo indesejado. A estratégia reportada pela maioria (67,1%) dos estudantes foi a utilização de métodos contraceptivos (24,3% referiram usar o preservativo, 17,1% a pílula e o preservativo, 14,3% a pílula, 2,9% abstinência sexual e 7,1% não especificaram o método utilizado).

As outras estratégias utilizadas passaram por promover as relações monogâmicas (24,3%), ter confiança no parceiro (4,3%), não ter relações sexuais de risco (4,3%), ter cuidados de higiene adequados, antes e após a relação sexual (2,9%) e finalmente a maturidade referida por 1,4% dos participantes, os restantes 39,8% não responderam a esta questão.

Quando questionamos os estudantes acerca do envolvimento em situações de elevado risco sexual e o que fariam para resolver a situação, estes responderam à questão referindo várias estratégias. As estratégias mais utilizadas pelos estudantes passaram, na sua maioria, pela realização de testes de diagnóstico de IST, teste de gravidez e VIH - (61,8%), seguida do uso da pílula do dia seguinte (32,4%), procura de recursos de saúde – consulta médica, centro de saúde e farmácia (30,8%), 2,9% referiram que desconhecem o que fazer, apenas 1,5% é que mencionaram falar de imediato com os pais e, igualmente, 1,5% indicaram como estratégia falar sobre os hábitos sexuais com o parceiro.

Quanto ao consumo de álcool 39,8% (n = 45) dos estudantes referiram consumir bebidas alcoólicas ocasionalmente, 23% (n = 26) não ingerir bebidas alcoólicas, 16,8% (n = 19) beber uma ou duas vezes por semana, 15% (n = 17) diariamente ou quase diariamente, 4,4% (n = 5) nunca beberam e apenas 0,9% (n = 1) referiram ter consumido uma ou duas vezes por mês.

Quando se perguntou aos participantes “considerando o seu consumo de bebidas alcoólicas, com que frequência consumiu mais de 5 bebidas alcoólicas numa só vez” observámos que a maioria (94,7%, n = 107) referem que esse tipo de consumo aconteceu na “última semana”.

Quanto ao número de vezes que “no último mês se embriagou”, a maioria dos estudantes referiu que no mês anterior à recolha de dados não se tinha embriagado (79,6%; n = 90),

7,1% (n = 8), mencionaram ter ocorrido uma vez, 4,4% (n = 5) duas vezes, 4,4% (n = 5) três vezes, 3,5% (n = 4) cinco vezes e 0,9% (n = 1) quatro vezes.

Relativamente a terem tido algum problema devido ao consumo de álcool no último ano verificámos que 13,3% (n = 15) referiram que “tive acidentes rodoviários”, 16,8% (n = 18) “não se magoou ou ficou ferido, por qualquer outro acidente”, 12,4% (n = 14) “teve problemas com a polícia”, 12,4% (n = 14) “teve falta de dinheiro ou dívidas”, 18,6% (n = 21) “sentiu-se doente”, 15% (n = 17) “arranjou discussões”, 13,3% (n = 15) “teve problemas com os pais ou familiares próximos”, 16,8% (n = 18) “teve problemas com amigos ou namorado/a”, 15% (n = 17) “teve problemas na escola/trabalho”, 12,4% (n = 14) “teve lutas”, 12,4% (n = 14) “teve uma relação sexual da qual mais tarde se arrependeu”, 12,4% (n = 14) “maltratou o/a meu/minha namorado/a” e 13,3% (n = 15) “foi maltratado/a pelo meu/minha namorado/a”. Num estudo desenvolvido por Machado, Caridade e Martins (2010) com estudantes entre os 13 e os 29 anos, os participantes referiram ter sido vítimas de violência na sua relação de namoro durante o último ano, 13,4% foram vítima de abusos físicos e 19,5% abusos emocionais. É pois fundamental “(...) desenvolver esforços mais específicos para a promoção do impacto ao nível dos comportamentos, reconhecemos a importância de um investimento, em futuras intervenções, centrado no treino efetivo de competências e numa avaliação direcionada para a aplicação prática destas aprendizagens” (Saavedra & Machado, 2012, p. 128).

Para a maioria dos estudantes o consumo de bebidas alcoólicas variou entre 0 e 1 bebida durante uma saída habitual (tabela 28). A bebida que mais estudantes referiram consumir foi o aperitivo (83,2%, n = 94), seguida do vinho (79,6%, n = 90). As bebidas mais consumidas entre 2 a 3 vezes foram a cerveja (21,2%, n = 24) e os shots (21,2%, n = 24). Quando consideramos 4 a 5 bebidas numa saída habitual verificámos que os *shots* eram os mais referidos (4,4%, n = 5), seguidos da cerveja (3,5%; n = 4). A cerveja foi a única referida como tendo um consumo de 6 a 7 ou superior a 8 doses numa saída.

Tabela 28: Tipo de consumo de bebidas alcoólicas numa saída habitual

Tipo de Consumo	0 a 1 (%)	2 a 3 (%)	4 a 5 (%)	6 a 7 (%)	≥8 (%)	Não respondeu (%)
Cerveja 341 ml a 5%	63,7	21,2	3,5	0,9	0,9	9,7
Copos de vinho 142 ml a 12%	79,6	7,1	1,8	0	0	11,5
Um aperitivo 85 ml a 20%	83,2	1,8	0,9	0	0	14,2
Bebida destilada 43 ml de 40%	64,6	20,4	1,8	0	0	13,3
Shot 43 ml de 40%	62,8	21,2	4,4	0	0	11,5

No que se refere ao consumo de tabaco e outras drogas verificámos que a maioria dos estudantes nunca consumiu substâncias (79,6%, n = 90), contudo, 22,1% (n = 25) referiram ter experimentado tabaco uma ou duas vezes não voltando a consumir, 19,5% (n = 22)

mencionaram ter consumido semanalmente ou quase, 5,3% (n = 6) menos de uma vez por mês e 5,3% (n = 6) uma a três vezes por mês; 14,2% (n = 16) referiram ter experimentado cannabis uma ou duas vezes não voltando a consumir, 1,8% (n = 2) consumiram menos de uma vez por mês e 0,9% (n = 1) referiram consumir semanalmente ou quase; 0,9% (n = 1) mencionaram ter experimentado LSD uma ou duas vezes não voltando a consumir; 1,8% (n = 2) consumiram tranquilizantes menos de uma vez por mês e 0,9% (n = 1) referiram ter consumido uma a três vezes por mês.

Questionámos os estudantes sobre a idade e o contexto em que experimentaram o consumo. Conclui-se que iniciaram o consumo de tabaco com uma média de idades de 16,5 anos, variando entre os 13 e os 37 anos, sendo o motivo mais reportado para o consumo situações de stresse, convívio com os amigos e curiosidade. Também verificámos que a idade para início da associação de consumo de tabaco e álcool foi aos 18 anos, tendo acontecido por norma nas festas académicas. Iniciaram o consumo de cannabis entre os 15 e os 25 anos (média = 17,9 anos), sendo as principais razões apontadas o consumo com os amigos para experimentar e nas viagens de finalistas do ensino secundário. O consumo de tranquilizantes foi referido apenas por um dos estudantes, com início aos 25 anos, após ter iniciado o consumo de tabaco e cannabis aos 15 anos.

Todos os estudantes referiram que após uma saída nunca consumiram substâncias (lícita ou ilícita) para os ajudar a relaxar ou dormir.

A maioria dos estudantes referiu que normalmente saiu à noite com quatro amigos (18,6%; n = 21), cinco amigos (16,8%; n = 19), dez ou mais amigos (15,9%; n = 18), dois amigos (10,6%; n = 12), três amigos (9,7%; n = 11), seis amigos (8,8%; n = 10), oito amigos (5,3%; n = 6), um amigo (4,4%; n = 5), sete amigos (3,5%; n = 4), nove amigos (0,9%; n = 1), nenhum amigo (0,9%; n = 1) e 4,4% (n = 5) dos estudantes não responderam à questão.

Relativamente a saírem com o mesmo grupo de amigos a maioria (72,6%, n = 82) dos estudantes referiu que normalmente é o que faz. Dos estudantes que tinham grupos de amigos diferentes, 17,7% (n = 20) tinham dois grupos de amigos diferentes, 13,3% (n = 15) tinham três grupos, 5,3% (n = 6), quatro grupos, 5,3% (n = 6), zero grupos 2,7% (n = 3) um grupo e 1,8% (n = 2) cinco grupos.

Os estudantes, na sua maioria (91,2%; n = 103), referiram que os pais/família conheciam os amigos com quem geralmente saíam à noite. Para além dos amigos das saídas noturnas a maioria (85,8%, n = 97) dos participantes referiu ter outros amigos com quem não costuma sair à noite.

A maioria (89,4%; n = 101) dos estudantes referiu que nenhum dos seus amigos deixou de o ser, devido ao seu uso de álcool ou drogas ilícitas, que não se distanciou de algum amigo por causa do consumo exagerado de álcool ou drogas ilícitas (81,4%; n = 92), pensa que ter drogas ilícitas ou consumi-las não lhe permite ter mais amigos (92,0%; n = 104) e, também, não lhe permite ter mais sucesso com o sexo oposto (92,9%; n = 105).

O questionário terminou com duas questões abertas às quais foi efetuada análise de conteúdo. As categorias definidas *à priori*, agregaram as unidades de significação que emergiram do discurso dos estudantes. Na análise da opinião dos estudantes acerca dos maiores perigos associados às saídas nocturnas, tendo por base as suas vivências da “noite”, emergiram múltiplos perigos. Dos 70,8% (n=80) estudantes que responderam a esta questão, o “consumo excessivo de álcool” foi enumerado em 50% das unidades de registo, sendo por isso o “perigo da noite” mais referido, seguindo-se do “consumo de droga” (38,8%), os “abusos sexuais” (23,8%), a “violência física” (20%), os “acidentes de viação” (12,5%), “assaltos” (8,8%), “influência dos pares” (8,8%), “comportamentos sexuais de risco” (6,3%), “experimentação” (2,5%), “prostituição” (1,3%) e “tráfico de droga” (1,3%). Foi solicitado aos estudantes, independentemente de consumirem ou não bebidas alcoólicas, que indicassem as estratégias para evitar a intoxicação alcoólica aguda. Emergiram três categorias o autocontrolo com as seguintes unidades de significação: “saber os seus limites”, “saber parar”, “beber com moderação”, “parar de beber quando identifica sintomas” como sendo a estratégia mais eficaz (59,2%), a alimentação reforçada (77,4%): “comer bem antes de beber” e “boa alimentação”, a “hidratação”, “ingestão de água entre o consumo de bebidas alcoólicas” e “ingerir grandes quantidades de água”, “ingestão de açúcar”, “ingerir uma grande quantidade de açúcar” e “açúcar sublingual”, “não misturar bebidas” (11,1%), “beber leite” (8,5%), “influência dos pares” (8,5%), e outras estratégias: “influência do contexto” (4,2%), “proibição de venda de bebidas alcoólicas a pessoas que apresentem sinais e sintomas de embriaguez e menores de 18 anos” (2,8%), “provocar o vômito” (2,8%) e “recorrer aos serviços de urgência” (1,4%).

Em síntese, o diagnóstico comportamental e ambiental informa sobre um conjunto de questões que caracterizam os contextos recreativos dos estudantes e os riscos a eles associados. Estes aspetos são de grande importância para o conhecimento que se pretende sobre o meio envolvente que, sendo fora do contexto da Escola, o influencia, independentemente dos estudantes terem consciência disso ou não.

Quanto aos contextos recreativos, apurou-se que tinham condições de saúde e segurança, prevenção e deteção de incêndios, zonas exteriores, condições de temperatura ambiente, casas de banho limpas e material de primeiros socorros disponíveis (mas o *staff* não

possuía formação) adequados. Porém, apenas um local possuía saídas de emergência, bebidas sem álcool a baixo custo e preservativos disponíveis, por conseguinte, configuraram-se locais com alguns riscos ao nível da segurança. Não se verificou em circunstância alguma, medidas de prevenção e controlo ao consumo de álcool. As políticas adotadas eram apenas de interdição de venda de álcool a clientes visivelmente embriagados. Quanto ao incentivo ao consumo, em dois dos contextos recreativos, constatamos a existência de *happy hours* e o consumo de bebidas pelo *staff* durante o período de trabalho e a água num dos locais, era vendida a um preço mais elevado do que, por exemplo, um copo de cerveja. Também não existia qualquer tipo de informação relativa à proibição de consumo de drogas no local. Estes dados, no que diz respeito a esta variável, configuram contextos promotores de consumos e por isso de risco elevado para a saúde e para a segurança dos clientes.

A maioria dos estudantes pertencia ao concelho de Oliveira de Azeméis e concelhos limítrofes, do distrito de Aveiro. A maioria dos estudantes estava envolvida em voluntariado e/ou associativismo existindo na Escola de uma bolsa com um número significativo de voluntários, associação académica e tunas, masculina e feminina, muito dinâmicas com uma atividade contínua ao longo do ano.

As saídas noturnas são um bom indicador dos potenciais riscos que os estudantes podem enfrentar, se associadas a locais pouco seguros e a hábitos de risco. De acordo com as respostas obtidas, os estudantes saem muitas vezes à noite durante o período de um mês (média 3,27 noites por mês), sendo a noite de sábado a mais preferida. Os locais de eleição são os cafés, bares e discotecas, sendo considerados por eles locais seguros. Também referiram gastar em média 8,46 euros por noite. As razões apontadas para a escolha do local estão na sua maioria relacionadas com a acessibilidade, a ausência de custo à entrada, tratar-se de ambientes agradáveis para dançar, conhecer pessoas e encontrar amigos, gostarem da música e ser um sítio seguro. A facilidade em arranjar drogas no local e fumar um charro foram as razões menos reportadas para a escolha do local para a saída noturna.

No que se refere aos comportamentos de risco relacionados com a vida sexual verificou-se que em geral usam medidas de proteção adequada quando se trata de parceiros ocasionais e ou múltiplos parceiros. Porém, é muito importante olhar criticamente para esta temática porque uma elevada percentagem de estudantes respondeu a esta questão. Questionamo-nos sobre se foi devido a um mero esquecimento, ou por exemplo, falta de espontaneidade. Na nossa perspetiva é necessário explorar melhor esta situação. A maioria dos participantes referiu que, no último ano, não realizou rastreio de doenças sexualmente transmissíveis. O conjunto dos participantes que referiu já ter iniciado a sua atividade sexual, a maioria

(95,2%) mencionou não ter utilizado álcool ou qualquer outra droga como forma de potenciar a relação sexual. Uma grande percentagem acredita que estar sob o efeito de álcool ou outras drogas leva os jovens a terem relações sexuais desprotegidas e percebem haver elevado risco de contrair IST e gravidez não planeada, quando têm comportamentos sexuais inadequados, relações sexuais desprotegidas, associados ao uso de álcool e outras drogas. Esta percepção variou com a idade e com o sexo. A estratégia mais utilizada para diminuir o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis foi o uso de preservativo e pílula. As estratégias que referiram utilizar, quando confrontados com a situação de elevado risco sexual, passam pela realização de testes de diagnóstico, pílula do dia seguinte, consulta médica e ir à farmácia, falar com os pais e parceiro, contudo nunca referiam a consulta de enfermagem como um recurso a considerar.

No final desta etapa parece clara a necessidade de reduzir a vulnerabilidade e risco em contextos recreativos, pois os danos ocorridos sobre o efeito do álcool e a violência foram os episódios mais referidos.

4.4. Diagnóstico educacional e organizacional

As etapas precedentes permitiram caracterizar a comunidade académica, o seu meio envolvente, descrever os problemas de saúde mais relevantes e os determinantes com mais impacto no estado de saúde, neste caso os contextos recreativos que os estudantes frequentam durante as festas académicas, e os riscos a eles associados. Note-se que os contextos recreativos são um dos fatores de maior vulnerabilidade e risco mais presente e com maior impacto nas raparigas.

Através do diagnóstico educacional e organizacional procedemos à identificação dos principais fatores predisponentes, facilitadores e de reforço relativos aos problemas de maior magnitude com potencial de influenciar os comportamentos e estilos de vida dos estudantes.

Para identificar e ordenar os fatores utilizamos a técnica do *worldcafé*, descrita anteriormente. O *worldcafé* teve como objetivo apresentar os resultados do diagnóstico social, epidemiológico, comportamental e ambiental e gerar discussão para cocriar conhecimento colectivo. Esta atividade foi realizada na sala de convívio dos estudantes, pelo “grupo semente” e investigador principal onde foi recriado um ambiente de cafeteria, para receber o grupo de participantes, que foram convidados a participar através das redes sociais (*facebook e twitter*), sítio da Escola e afixação de cartazes em espaços da Escola.

Estiveram presentes 30 estudantes, 4 docentes e 2 não docentes, 1 representante do município e 1 jornalista.

O *worldcafé* decorreu durante duas horas e trinta minutos, cumprindo as etapas do roteiro. Após a apresentação dos resultados dos diagnósticos, cada grupo, constituído por 5 elementos, teve 15 minutos para responder a cada uma das questões, discutidas com os respetivos facilitadores (grupo semente e investigador principal). As questões seleccionadas para análise face aos resultados apresentados foram: 1) Quais os principais riscos identificados para a saúde da comunidade académica? 2) Que intervenções de promoção da saúde sugerem que a Escola possa desenvolver para enfatizar a criação de ambientes favoráveis à saúde da comunidade académica? 3) Como reduzir o risco nos espaços recreativos da sua cidade? 4) Como se podem capacitar os jovens para reduzir o risco nos espaços recreativos e em contexto académico? 5) Como podem intervir as autarquias ou outras instituições da comunidade para redução de riscos relacionados com a saúde nos espaços recreativos?

As questões foram escritas em folhas de papel de cenário que forraram as mesas dos grupos de conversação. Os participantes podiam escrever ou desenhar ideias-chave, com canetas coloridas, colocadas nas mesas para o efeito. A cada 15 minutos, os grupos moviam-se em diferentes rodadas de diálogo colaborativo, permitindo enriquecer as ideias, começando a estabelecer conexões com as conversações anteriores, o que permitiu aprofundar a investigação. Posteriormente foi realizada a discussão em grupo, para partilhar os *insights* e descobertas, foram identificados padrões, através do agrupamento de ideias relacionadas com o mesmo tema e produzido conhecimento coletivo para a definição de estratégias para os programas de PrS. Durante todo o tempo o investigador principal circulou, por entre as mesas, incentivando a participação de todos e apelando à criatividade.

A análise de conteúdo permitiu-nos identificar e categorizar os dados, tendo surgido as seguintes categorias que agregam as unidades de registo das questões acima identificadas: fatores predisponentes, facilitadores e de reforço. Para melhor compreensão dos achados, apresentamos os dados referentes às diferentes categorias e intervenções identificadas pelos participantes em factores predisponentes, facilitadores e de reforço.

4.4.1. Fatores predisponentes

No que se refere ao conhecimento sobre os problemas identificados, os estudantes reconheceram que os fatores pessoais e sociais tinham impacte significativo na adaptação e integração no ensino superior e podiam promover assimetrias sociais, culturais, económicas

que podiam levar a problemas relacionados com a saúde e bem-estar da comunidade académica. Os participantes identificaram como fatores predisponentes, vários fatores relevantes para a saúde mental e bem-estar dos estudantes. Identificaram como potenciais problemas para a saúde a “ansiedade”, “depressão”, “stress”, que induzem “dificuldade em dormir”, “sono não reparador pois estudamos à noite, estamos todos trocados”. Quando confrontados com a baixa introspeção que emerge do diagnóstico epidemiológico, os participantes remetem para a “falta de tempo para pensar em mim”, “tristeza”, “somos muito pressionados” e “muita matéria para estudar”.

Os participantes reconheceram que as festas académicas propiciam o consumo abusivo de álcool, tabaco e outras drogas. “Nas festas bebe-se muito e outras coisas (...)”, “muitas vezes somos influenciados pelos pares a consumir”, “é na Escola que se inicia muitas vezes os consumos”. Os participantes referiram como necessário a residência de estudantes para utilizar em períodos de festa, de forma a reduzir a probabilidade de acidentes rodoviários, e ensiná-los a “saber analisar as tabelas de conversão dos copos em álcool” no sentido de aumentar a sua consciencialização para os riscos, “avaliar as taxas de alcoolémia na queima das fitas”, assim como criar “momentos de aconselhamento individual pelos colegas” o que permitiria uma maior abertura para a mudança de comportamento e apropriação dos riscos a que está sujeito.

Os contextos recreativos surgem diretamente associados às festas académicas havendo um “aumento da oferta com o aumento do número de estudantes”, “foi notório o aumento destes espaços na cidade”, pelo que é reconhecido por todos os participantes a necessidade de avaliar estes espaços no sentido de compreender as vulnerabilidades a que os estudantes e comunidade estão sujeitos quando os frequentam. Os contextos recreativos surgem associados às festas académicas e comportamentos de risco, que podem ser despoletados pelas condições de acesso e segurança destes espaços. Além disso, “estes espaços podiam ser promotores de saúde” adotando medidas preventivas e de comunicação em “parceria com a escola de enfermagem”. “Durante as festas académicas a associação de estudantes deveria fazer controlo das entradas”, impedindo e encaminhando os colegas que apresentassem sinais de embriaguez, além de “fazer controlo de alcoolémia à entrada”. Uma vez que estas festas “atraem todos os jovens da cidade” era importante haver um “controlo de idade à entrada” de forma a impedir a entrada de menores. “Grupos de pares sem consumos deviam fazer aconselhamento individual e de grupo”, pois os participantes consideraram que é muito mais fácil ser influenciado por um par do que por uma pessoa estranha ao grupo. Todavia, a “câmara municipal deveria providenciar transporte” e “o bar deveria ter afixado os contactos de transportes, bombeiros, proteção civil e polícia” criando reuniões conjuntas no sentido de encontrar soluções para reduzir os riscos associados aos

consumos e proteção rodoviária. Alguns participantes referiram a importância de existirem “simuladores de condução” nos bares para que os clientes conseguissem testar a sua capacidade para a condução e “dançarinos com coreografias” no sentido de promover a atividade física. Sugeriram ainda, que o *staff* dos bares “devia ter formação em suporte básico de vida” e um “curso de primeiros socorros” podendo a Escola ser a entidade formadora. De acordo com Lomba, Apóstolo, Azeredo e Mendes (2011, p. 22) “(...) no desenho de medidas promotoras de transporte seguro, não deverão apenas ser consideradas aquelas que se destinam a aumentar a disponibilidade dos transportes públicos noturnos, mas também outras que sensibilizem estes jovens para os riscos inerentes à associação de álcool e drogas à condução rodoviária, seja pelo próprio ou por outro condutor”.

Outro foco de atenção que emergiu da apresentação dos resultados da fase PRECEDE como sendo prioritário para intervenção no âmbito da promoção da saúde estava relacionada com o regime dietético, com as alterações ponderais e distúrbios alimentares resultantes da gestão do regime dietético quotidiano dos estudantes. “Comemos muitos hidratos de carbono”, “*fast food*” “chocolates”, “sumos” e “café”. Como plano de intervenção os participantes sugeriram “consultas de nutrição” com intuito de fazer a “avaliação de medidas antropométricas e a elaboração de planos individuais de saúde”; e uma maior adequabilidade dos menus disponíveis no bar com “produtos alimentares de baixo teor calórico”, assim como, “pontos de distribuição de água pela escola”. Acreditam ainda que é necessário sensibilizar toda a comunidade académica para esta temática com “pósteres” alusivos ao tema nas áreas de refeição. Sugeriram também, que a unidade curricular de nutrição do plano de estudos deveria ter uma tipologia mais prática, que incluísse a possibilidade de desenharem planos alimentares equilibrados para a comunidade académica.

4.4.2. Fatores facilitadores

Nesta categoria os estudantes identificaram a idade: “há uma grande diferença de idade entre nós (...)”, “temos turmas de extremos...uns muito novos... outros mais velhos”, este fator foi encarado pelos estudantes de forma positiva, pois mencionaram que “as pessoas que têm mais maturidade devem ter mais sensibilidade para adquirirem hábitos de vida saudáveis”, o que de certa forma abona a favor da promoção da saúde por influência dos pares. Por outro lado, consideraram “os mais novos são facilmente influenciáveis a adquirir vícios”, o que implica uma atenção especial a estes estudantes, e a vantagem das turmas com idades heterogéneas, para que os pares se influenciem em prol da saúde e bem-estar.

O sexo também foi identificado como um fator pessoal predisponente uma vez que “as raparigas são mais vulneráveis ao stresse, nunca têm tempo para nada” e “os rapazes bebem muito e fumam”, “elas só começaram a beber na faculdade” o que implica que no desenho do plano de intervenção este atributo seja considerado, ou seja, as diversidades de necessidades expressas por sexo corroboram ainda mais o princípio da influência dos pares, pelo que o poder de um dos sexos poderá ser utilizado para diminuir a fragilidade do outro.

A entrada no ensino superior causa elevado impacte na vida dos estudantes sobretudo naqueles que estão ao abrigo de regimes especiais, “os trabalhadores estudantes raramente participam nas festas... sempre muito ocupados e cansados” o que leva à sobrecarga física e psicológica. Para aumentar o sucesso académico e pessoal destes estudantes é importante que toda a comunidade educativa esteja sensibilizada para os seus direitos legais, em prol da sua integração saudável na comunidade académica e na progressão dos estudos. Os participantes sugeriram que “os estudantes trabalhadores devem frequentar estágios perto do seu local de trabalho para diminuir o stresse”.

No que se refere às condições socioeconómicas os participantes referiram “temos muitos colegas a receber bolsa”, “é muito difícil gerir as contas para pagar a propina”, “ginástica financeira”, verbalizando a necessidade de criar “planos de pagamento das propinas” adequados às condições socioeconómicas individuais, recorrer a bolsas de estudo assim como “trabalho para ajudar no pagamento das despesas”. Os participantes identificaram que a “baixa escolaridade parental” induz condições de trabalho precárias e salários mais baixos, o que os obriga a trabalhar para poder fazer face as despesas familiares. Sugeriram a criação de uma “residência para estudantes” deslocados, o que minimizaria as dificuldades económicas.

4.4.3. Fatores de reforço

A promoção de hábitos de vida saudáveis é, no entender dos participantes, uma das funções das instituições de ensino superior promotoras de saúde, “a escola deve incentivar a criação de hábitos saudáveis”, “no nosso curso aprendemos mais sobre saúde, pelo que devemos dar o exemplo”, no entanto, na análise do perfil de saúde dos participantes foram identificados alguns fatores prejudiciais para a saúde, como “sedentarismo”, “excesso de peso”, “consumo excessivo de *fast-food*”, “excesso de álcool, tabaco e outras drogas”. Para a promoção de hábitos de vida saudáveis os participantes deram ênfase à atividade física, recreativa, regime dietético e consumo de substâncias. “O consumo de álcool entre universitários também pode ser favorecido de forma indireta a partir da influência que eles

exercem uns sobre os outros, ou seja, beber por imitação ou porque o comportamento de beber é reforçado” (Souza, 2015, p. 27).

Relativamente à atividade física os estudantes mencionaram que era fundamental que a instituição com o seu “grupo semente” promovesse “o exercício físico e o espírito de equipa, organizando atividades como zumba, andebol, voleibol, caminhadas...”, referiram que “já temos futebol masculino, podíamos criar um grupo feminino”, e consideram que as atividades deveriam envolver “toda a gente” contemplando, estudantes, docentes e não docentes, sendo relevante a elaboração de “protocolos com ginásios e clínicas locais”, e pela dificuldade de gestão do tempo sugeriram que a atividade física seja integrada no currículo “devíamos ter 2 horas por semana no horário de aulas de atividade física”. “Afixar cartazes na escola sobre os benefícios da atividade física” tendo em vista sensibilizar os estudantes para o exercício físico.

A carga horária no ensino superior é apontada como a principal causa de alteração e/ou abandono das atividades de lazer que os estudantes tinham antes do ingresso no ensino superior. “Não temos tempo para nada”, “deixei de praticar desporto”, o que os remete para a necessidade quer de fomentar a atividade física como já referimos, quer de criar grupos recreativos e incentivar a integração na cultura académica, “criar novos grupos”, “participar na vida académica”, “agora temos as tunas”. Os participantes sugeriram a criação de “sessões de relaxamento no final das aulas”, acompanhamento psicológico e implementar *workshops* com o objetivo de aprender técnicas de *coping*, de forma a diminuir o stresse provocado pelo ambiente académico.

A sexualidade não é um assunto que os estudantes trabalhem com espontaneidade, uma vez que, quando abordados surgem associadas algumas crenças já referidas no âmbito do diagnóstico comportamental e ambiental que podem levar à adoção de comportamentos de risco. Mediante este facto, os participantes sugerem a necessidade de criar *workshops*, momentos de debate e de ajuda mútua pelos pares de forma a promover a literacia crítica em saúde, “era importante termos um gabinete de enfermagem”, “dispensadores de preservativos na escola”, “educação para a saúde”.

O contexto académico surgiu como um fator determinante, pois como referiram, nesta etapa da vida académica “passam a maior parte do tempo na escola”, pelo que são fortemente influenciados pelo contexto, tendo identificado os seguintes fatores: condições institucionais, carga horária, gestão do tempo, influência dos pares, relação com os docentes/ não docentes/comunidade, metodologias de ensino e festas académicas. Os participantes enumeraram que a carga horária é elevada “temos muitas aulas” o que lhes dificulta a gestão do tempo “é difícil responder a tudo em tão pouco tempo”, “muita matéria para

estudar”. É no contexto acadêmico que os estudantes passam grande parte do seu dia, pelo que se torna necessária a criação de condições para as suas atividades recreativas, que haja uma aproximação dos docentes e não docentes aos estudantes, envolvendo-se em toda a vida académica incluindo as festas. As metodologias de ensino devem ser negociadas com os estudantes, promovendo um ensino centrado no estudante “queremos ter voto nas decisões para as disciplinas”. Indicam ainda que os “estudantes devem participar na gestão da escola”.

Os participantes propõem adaptação contínua das condições institucionais às necessidades. Assim, consideraram importante promover investigação conjunta em que o objeto de estudo seja a comunidade académica, o que permitiria uma melhor caracterização dos participantes e um reconhecimento mais rápido das mudanças que vão sendo operadas, bem como adaptar o contexto académico às reais necessidades identificadas corroborando com a melhor evidência científica. Os estudantes sugeriram que a promoção da saúde deveria ser o lema da Escola, incorporando a mesma nas suas diversas atividades, nomeadamente ao nível do plano de estudos (incrementar o número de horas de promoção da saúde); realizando sessões de discussão coletiva (tertúlias, *workshops*, seminários) sobre hábitos de vida saudáveis, e estratégias facilitadoras da integração no ensino superior, visualização de filmes, documentários; campanha contra o consumo de tabaco, planejar e realizar um *peddy-paper* com temas relacionados com estilos de vida saudáveis; compartilhar os resultados da investigação pelo “grupo semente” dos diagnósticos efetuados na comunidade académica, para que em conjunto estabeleçam um plano de intervenção.

Em resultado da revisão da literatura efetuada por Ferreira, Brito e Reis-Santos (2018) com intuito de analisar os resultados das intervenções dos programas de promoção da saúde verificamos que a implementação de intervenções deve estar centrada, quer nos sujeitos-alvo (Lameiras, Ricoy, Carrera, Failde, & Núñez, 2011; Higgins, Lauzon, Yew, Bratseth, & McLeod, 2010; Rodríguez, Chacón, & González, 2010; Cabieses, Muñoz, Zuzulich, & Contreras, 2008; Mendoza, 2005) quer nas instituições de ensino superior e nas políticas de saúde. Assim, o desenho do plano de intervenção teve em consideração as propostas de todos os intervenientes do *worldcafé*, que contemplava representantes dos estudantes, docentes, não docentes, representante do município e jornalista.

As propostas de intervenção descritas pelos participantes para reduzir os riscos aludem a metodologias de intervenção tais como, *workshops*, educação pelos pares e campanhas de educação para a saúde. De acordo com Mendoza (2005) e Rodríguez e colaboradores (2010) há uma redução do consumo de álcool e outras drogas em estudantes universitários e comunidade através da metodologia do *workshop* de 15 sessões para aumentar os fatores

de proteção e redução dos fatores de risco, campanhas regulares de educação em saúde, formação de grupos de apoio, feiras de saúde e consultas individualizadas. É relevante ainda gerar políticas de mobilização da comunidade académica, maior articulação com as estruturas locais e ainda redes de investigação nacionais e internacionais (Mendoza, 2005). Na avaliação diagnóstica deve recorrer-se ao modelo PRECEDE-PROCEED para promover o bem-estar, com o envolvimento constante dos participantes, pelo impacto que tem nos ganhos em saúde dos próprios participantes (Higgins, et al., 2010). A reformulação das políticas do ensino superior com vista a promover a saúde de toda a comunidade académica; criar um ambiente físico e social saudável; desenvolver competências pessoais para a saúde através da educação pelos pares; providenciar serviços de saúde e implementar atividades na comunidade com a participação dos estudantes (Xiangyang, et al., 2003) são intervenções de importância capital. Torna-se ainda relevante integrar as atividades de PrS sobre saúde mental dirigida aos estudantes no plano anual da instituição e cursos, com atribuição de créditos. A participação ativa dos estudantes no processo de planificação das estratégias de educação para a saúde, por um lado, diminui os comportamentos aditivos e doenças do foro mental/emocional, por outro, aumenta o conhecimento das vias de transmissão de IST/SIDA (Reger, et al., 2002). Estes autores demonstraram ainda que a saúde e o bem-estar dentro das UPS contribuem positivamente para os pilares da instituição, como qualidade, recrutamento, experiência, diferenciação, produtividade, sucesso e sustentabilidade, uma vez que estão a educar os líderes do futuro. A participação da comunidade educativa e de parceiros como o poder local, instituições de saúde externas e consultoria de peritos na educação para a saúde ou na conceção do programa de PrS são fundamentais (Mason, et al., 2003; Xiangyang, et al., 2003; Reger, et al., 2002).

4.5. Diagnóstico político e administrativo

A fase PRECEDE culmina com o diagnóstico político e administrativo que surge após se ter definido os “(...) objetivos de mudança comportamental e de desenvolvimento organizacional a serem mobilizados pelo programa de promoção da saúde (...)” (Brito, 2014, p. 67). A negociação com o presidente do conselho de direção da Escola permitiu alinhar as iniciativas que pretendíamos desenvolver, para as quais era necessário todo o apoio institucional.

Era preponderante intervir em áreas estratégicas no sentido de darmos resposta ao processo de transformação da Escola numa instituição de ensino superior promotora de

saúde, que deveriam estar mais concordantes com as boas práticas para a promoção da saúde no ensino superior (ACHA, 2012). Era fundamental intervir ao nível da política institucional, plano de estudos do 1º ciclo de estudos do curso de licenciatura em enfermagem, apoio social ao estudante, sucesso académico, parcerias para desenvolver programas de educação para a saúde e intervenção comunitária, sobretudo nos contextos recreativos.

Políticas institucionais

No que se refere às políticas institucionais foi apresentada uma proposta de alteração da missão, visão e valores da Escola com integração da promoção da saúde, tendo em vista o sucesso académico e o envolvimento dos estudantes. A promoção da saúde em contexto académico deve suportar a missão académica da aprendizagem dos estudantes através da manutenção de estilos de vida saudáveis e envolvendo os estudantes ao nível das políticas de gestão, sociais, económicas e de sustentabilidade nos processos de decisão interna e ao nível da comunidade externa (Purser & Kennedy, 2011). Apesar da promoção da saúde já enquadrar de forma sistemática os compromissos da ESEnCVPOA, no âmbito da política da qualidade, desde 2010, o presidente do conselho de direção compreendeu a necessidade da promoção da saúde passar a estar integrada na missão e valores da Escola, de forma a dar-lhe maior visibilidade e maior relevância na definição das políticas estratégicas da instituição. Assim, acordou-se esta mudança ao nível do sistema interno da garantia da qualidade. Também, o plano de desenvolvimento estratégico da ESEnCVPOA, enquanto pilar estruturante dos objetivos estratégicos e das atividades a desenvolver pela instituição deve estar coerente com a missão, visão e valores da mesma. Neste sentido, foi proposto que o Plano de Desenvolvimento Estratégico 2015-2019 (ESEnCVPOA, 2014) fosse construído e dinamizado, pelo grupo semente, com a intervenção de diferentes membros da comunidade académica (docentes, não docentes e estudantes).

Criação de estruturas

O envolvimento de toda a comunidade académica no processo de pesquisa ação participativa em saúde exigiu dos investigadores um aperfeiçoamento profissional e uma prática ética, o que resultou na proposta de criação de uma comissão de ética de forma a observar os processos de investigação. Esta conscientização demonstrou que os investigadores sentiram necessidade de regular as questões éticas pelo facto de “(...) as fronteiras entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa se esbatem (...)” (ICPHR, 2013b, p. 5) o que criou a necessidade de refletir com peritos os dilemas éticos que estavam a ser vivenciados, pelo facto de na PaPs não estarem definidos claramente os limites entre participantes e investigadores. Neste ponto, a negociação com o conselho de direção foi

facilitada pelo facto de a ética ser um valor institucional, contudo não estava operacionalizado, no sentido de uma melhor compreensão do seu campo de ação. À comissão de ética compete zelar pela observância de padrões de ética no exercício das atividades de gestão, ensino e investigação científica e na prática de cuidados, de forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humana e salvaguardar o exercício do consentimento como base do respeito pela autonomia de vontade, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática biomédica que envolvam questões de ética e emitindo pareceres sobre os mesmos (Comissão de Ética da ESEnfCVPOA, 2016).

Em resultado do mapeamento referido foi proposta a criação de uma residência para os estudantes. Relativamente ao apoio logístico e financeiro foi-nos referido que dentro das possibilidades do plano de atividades e orçamento tentariam responder às solicitações.

Atividades de promoção da saúde dirigidas aos estudantes

Em resultado do mapeamento das necessidades identificadas na comunidade no diagnóstico social, educacional e organizacional no que concerne ao plano de estudos do 1º ciclo de estudos do curso de licenciatura em enfermagem foi proposta a reformulação da organização das unidades curriculares, com intuito de incorporar nas mesmas, atividades de promoção da saúde dirigidas aos estudantes, fomentando a literacia crítica nas áreas identificadas como problemáticas, empoderando-os para a autogestão de estilos de vida saudáveis. Pela necessidade de promover a literacia crítica, era preponderante a formação dos pares com recurso a *workshops*, peritos e campanhas de sensibilização, sendo para tal de extrema relevância o apoio logístico e financeiro da ESEnfCVPOA.

Sensibilizou-se o presidente do conselho de direção para os fatores psicossociais que têm influência direta no sucesso escolar, no sentido de permitir a promoção das atividades de relaxamento em situações de maior stresse (ex. exames) e disponibilizar maior número de horas de acompanhamento psicológico, as quais foram autorizadas.

Esta negociação permitiu avançar no processo de transformação da Escola numa IES promotora de saúde, com a implementação de actividades que se descrevem nas etapas de avaliação.

4.6. Avaliação de processo

Com a avaliação do processo iniciamos a descrição da fase PROCEED que corresponde à implementação e avaliação. Consiste na narrativa das atividades realizadas na capacitação

e evolução do grupo semente e na análise das entrevistas realizadas aos elementos do “grupo semente”.

4.6.1. Narrativa das atividades realizadas

A implementação do PEER-IESS decorreu segundo um processo de pesquisa-ação participativa que se iniciou, como referimos, com a formação de um “grupo semente”. As atividades que decorreram desta etapa levaram a modificações no curso de licenciatura em enfermagem e no processo de transformação da IES.

Grupo semente

O “grupo semente”, após a formação inicial, participou, num “*Workshop* de Investigação Ação- Participativa em Saúde”, em 2012, num total de 20 horas, organizado pela unidade de investigação da Escola superior de enfermagem de Coimbra, com o objetivo de reconhecer os princípios e processos da pesquisa ação-participativa; identificar os processos de desenvolvimento de um contexto promotor de saúde, nomeadamente na mobilização de uma comunidade; reconhecer a articulação entre intervenção comunitária e a PaPS como estratégias para atingir os objetivos de contextos promotores de saúde. A articulação entre o investigador principal, “grupo semente” e coordenadores da formação realizada, resultou na realização do desenho da aplicabilidade do modelo PEER-IESS para a transformação da Escola superior de enfermagem num contexto promotor de saúde. Concretizado este trabalho, foram realizadas visitas de campo, ao contexto do estudo, pelos coordenadores para supervisionar as atividades e avaliar a mobilização da comunidade e para verificar se o projeto estava a ser implementado de acordo com o planeado e se estava a ir ao encontro dos objetivos definidos.

À medida que o tempo passava o “grupo semente” foi evoluindo e sendo renovado, visto que os estudantes que concluíam a licenciatura ingressavam no mundo do trabalho, deixando de ter disponibilidade para continuar a integrar o grupo. Esta situação criou a necessidade de recrutar novos elementos que aceitassem, de forma voluntária, participar na pesquisa que vínhamos a desenvolver. Os critérios de inclusão dos novos estudantes foram os mesmos que utilizamos inicialmente, nomeadamente possuírem experiência de intervenção em projetos na comunidade e terem realizado o curso de “Intervenção em contextos recreativos” dinamizado pelo investigador principal em parceria com os formadores do Centro de Respostas Integradas Porto Central, Equipa de Redução de Riscos e Minimização de Danos da Administração Regional de Saúde Norte. Este curso passou a ser realizado anualmente pela Escola a partir de 2013.

A capacitação dos novos elementos foi realizada tendo presente os princípios já referidos anteriormente, no ponto “Considerações Éticas”, assim como a partilha de informação e das experiências de cada um na ação participativa. Os cursos de formação no âmbito da educação pelos pares ou intervenção em contextos recreativos foram certificados, o que muito contribuiu para o enriquecimento pessoal e curricular, bem como sua a inclusão no suplemento ao diploma.

Foram fatores facilitadores para a capacitação e evolução do “grupo semente” a integração da Instituição alvo na rede PEER - *Peer-Education Engagement and Evaluation Research* da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra o que proporcionou ao grupo a participação ativa nas reuniões e eventos científicos organizados no âmbito desta rede e também, a inclusão nas unidades curriculares que integram o plano de estudos do CLE de conteúdos programáticos: modelos de promoção da saúde; educação pelos pares; contextos promotores de saúde; a PaPs; entre outros, contribuindo de uma forma transversal, para a compreensão da importância da IES, enquanto contextos promotores de saúde.

O processo foi dinâmico, ativo e, também, diligente. A participação de todos foi fundamental nesta partilha e interação permanente. Cada elemento do “grupo semente” foi fonte recetora e transmissora de informação e conhecimento e todos foram elementos chave no processo de transformação. Sempre acreditamos que a utilização de diferentes estratégias de abordagem aos participantes das diferentes fontes de informação que foram utilizadas e das análises que se foram promovendo pelo uso de multimétodos, bem como as relações que se foram estabelecendo à luz do paradigma da PaPS, nos levaria a uma compreensão mais nítida, da transformação do contexto, já anteriormente descrito, numa instituição verdadeiramente vocacionada para a promoção da saúde da comunidade académica e comunidade em geral.

A interação que se estabeleceu entre os investigadores, a naturalidade e liberdade com que formularam as suas questões, sugestões e comentários e, essencialmente, o sentido de responsabilidade e o rigor com que desenvolveram o seu trabalho, produziram uma riqueza de informação que se revelou fundamental para atingir os objetivos da pesquisa. Mas, ao mesmo tempo, constituiu um desafio permanente para o investigador principal, na medida em que exigiu um esforço acrescido no sentido de orientar e fazer a síntese do trabalho do grupo ao longo da pesquisa.

O “grupo semente” demonstrou envolvimento, trabalho coletivo e colaborativo, compromisso e profissionalismo na sua participação, aspetos que caracterizam a mobilização comunitária. Demonstrou essas qualidades na organização e participação, ao longo do processo de PaPS, e ainda, aquando da sua intervenção nos projetos de PrS.

Curso de licenciatura em enfermagem

O curso de licenciatura em enfermagem foi alvo de uma reestruturação ao nível do plano de estudos com maior investimento na promoção da saúde, através do incremento da carga horária em diferentes unidades curriculares, aspeto que será discutido no ponto seguinte. Docentes e estudantes envolveram-se em práticas transformadoras ao nível da investigação, ao centrarem o foco dos trabalhos de investigação de final do curso, na comunidade estudantil. A transição dos jovens para o ensino superior leva a alterações nos seus estilos de vida e, por vezes, ao envolvimento em comportamentos de risco que necessitam de ser estudados, por forma a serem implementadas intervenções que promovam e protejam a saúde da comunidade académica, através do processo de ensino e da investigação. Foi neste contexto que vários estudos foram realizados, integrando a PaPS com por exemplo: “A influência da música no comportamento dos estudantes de enfermagem”, “Contributos da investigação ação-participativa em saúde na avaliação do programa - Dá Brilho à Tua Mente - nos estudantes da ESEnfCVPOA”, “Promoção da saúde e hábitos alimentares nos estudantes da ESEnfCVPOA”, “Gestão de riscos psicossociais na promoção da saúde e bem-estar na comunidade académica de enfermagem”. O recurso à instituição de ensino superior como contexto de investigação para a realização de intervenções de educação para a saúde junto da comunidade académica, permitiu colocar os estudantes no centro da ação e no processo de tomada de decisão. Assim, as metodologias foram trabalhadas em contexto real, em que o próprio estudante se insere, tornando possível a reflexão, a partilha e a discussão sobre os resultados alcançados e contribuindo para a melhoria contínua da instituição caso no âmbito dos programas de promoção da saúde.

Como corolário deste trabalho, observou-se a integração de projetos nas linhas de investigação em Educação em Saúde e Saúde da Família e Comunidade de estudos dirigidos aos estudantes, docentes e não-docentes como população-alvo, como são exemplos: “Consumo de álcool pelos estudantes do ensino superior”, “Par-a-par sem consumos aditivos”, “Desenvolvimento de competências psicossociais do estudante de enfermagem ao longo do seu percurso formativo”, “Promoção da saúde mental na comunidade académica da ESEnfCVPOA”, “Relacionamento de casal dos estudantes do ensino superior: Preditores de satisfação”, “*Before you get burnt: Reduce damage associated with alcohol and risk sexual behaviour during academic festivities*”, “Escolas de enfermagem como contextos promotores de saúde no trabalho: contributo para a gestão de riscos psicossociais”, “Vulnerabilidade em contextos recreativos: Estudo de caso da cidade de Oliveira de Azeméis”, “Avaliação e implementação de um programa de ginástica laboral

na comunidade escolar da ESEnfCVPOA”. Todos estes estudos encontram-se registados no Gabinete de Investigação & Desenvolvimento da ESEnfCVPOA.

No âmbito extra curricular foram mantidas atividades de PrS relacionadas com a prática desportiva, nomeadamente a participação em torneios da equipa de futsal, a equipa de basquetebol e a equipa CVP *Runners* e outros projetos de e para a comunidade no âmbito da PrS.

Avaliação do processo de pesquisa-ação participativa

Foram entrevistados oito elementos do “grupo-semente”, quatro docentes, três estudantes e um não-docente. Os dados recolhidos, através de entrevista semiestruturada, foram organizados num ficheiro de texto com a globalidade do discurso produzido por cada participante, de acordo com os indicadores definidos da PaPS para o processo de abordagem de pesquisa-ação participativa (ICPHR, 2013a). Esse ficheiro foi analisado no programa IRAMUTEQ recorrendo à lematização do mesmo, de acordo com os procedimentos descritos na metodologia.

O programa reconheceu a separação do *corpus* textual, em oito textos, o que corresponde ao número de participantes, e em 109 segmentos de texto. Pela análise estatística, lexical simples, nesses segmentos foram identificadas 835 formas e 3993 ocorrências. O número de hápax é de 447, e que corresponde a 11,2% das ocorrências e 53,5% das formas. Obteve-se uma média de ocorrências por unidade de contexto de 499,1.

Da análise de especificidades e da análise fatorial de correspondência (AFC), no *corpus* foram classificados 85 segmentos de texto em 109, o que corresponde a 78% do *corpus* agrupados em cinco classes. Verificamos, nesta análise, que o número de formas ativas com a frequência superior a três era de 138 e a média de formas ativas por segmento era de 36,6.

Pela análise da figura 10, observamos que a análise originou duas partições iniciais, criando a classe 5 em oposição às classes 2 e 4. Numa segunda fase originaram-se as classes 1 e 3 se encontram próximas e ligadas entre si à classe 5. Para cada uma das classes foi apresentado no dendograma (figura 10) a sua categorização, o valor percentual em relação ao total do *corpus* analisado e as palavras que ilustram as respectivas classes.

A classe 2 categorizada por «influência das políticas de promoção da saúde» representa na sua maioria o discurso do membro do “grupo semente” representante dos não docentes, e corresponde a 22,4% do total do *corpus*. Os estudantes e um dos docentes expressam o seu discurso na classe 3 categorizada por «processo de criação de programas de promoção

da saúde» que corresponde a uma percentagem de 18,8%. O facto de os estudantes apresentarem uma maior expressão de discurso na classe 3, relacionada com o processo de criação de programas de promoção da saúde, demonstra o papel ativo destes atores e evidencia o seu papel central no processo de ensino-aprendizagem. As classes 5, 4 e 1 são constituídas por um discurso transversal a todos os participantes, representado 58,9% do *corpus*. O que caracteriza uma homogeneidade no discurso do “grupo semente”.

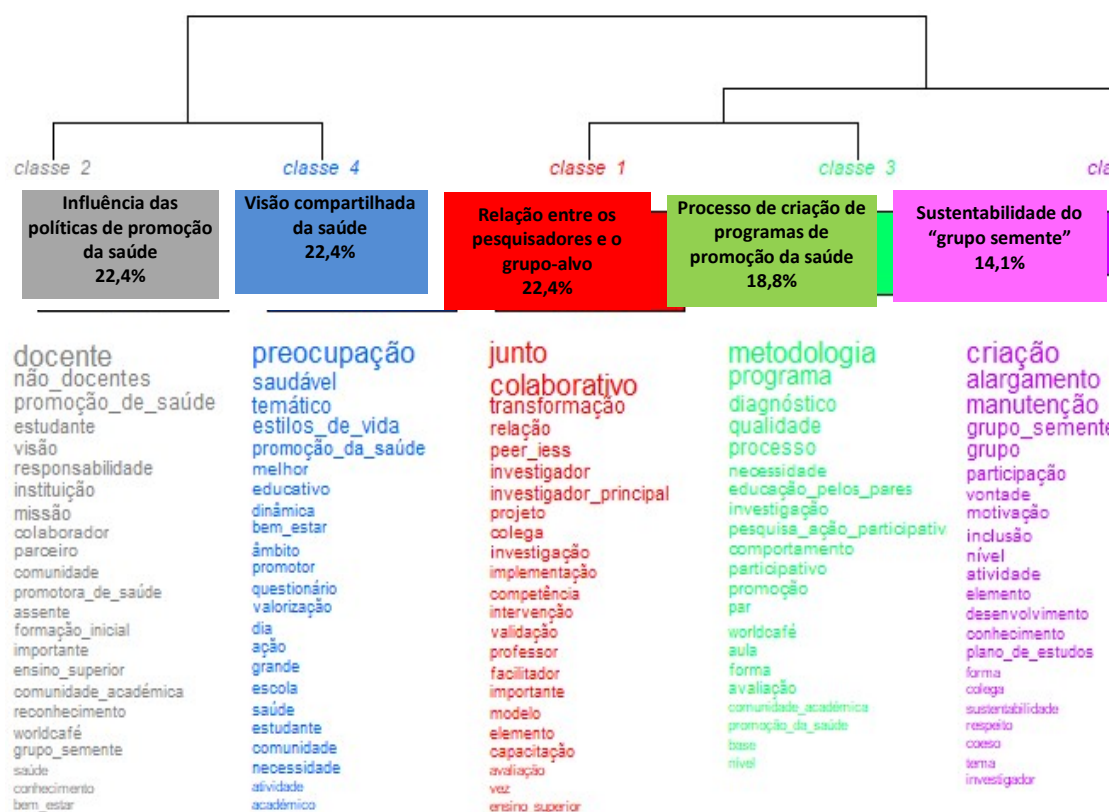


Figura 10: Dendrograma – Processo de pesquisa-ação participativa

Decorrente da análise da classificação hierárquica descendente (CHD) ilustrada através do dendrograma, figura 10, percebe-se que as cinco classes demonstram a visão do grupo semente sobre os contributos da pesquisa-ação participativa na implementação do modelo PEER-IES. Essas classes agruparam-se com uma classificação estável e definitiva, composta por vocabulário semelhante, em dois *clusters* principais que se subdividiram em cinco classes.

Verificamos que as classes 1, 2 e 4 possuem a mesma percentagem de *corpus* textual, 22,4% e a classe com menor *corpus* é a classe 5 com 14,1% seguida da classe 3 com 18,8%. A classe 5 categorizada de «sustentabilidade do grupo semente» apresenta como formas mais frequentes: “criação”, “alargamento”, “manutenção”, “grupo-semente”, “grupo”, “participação”, “vontade”, “motivação” e “inclusão”. Esta classe é transversal ao discurso de todo o grupo-semente e demonstrativa dos fatores facilitadores da sustentabilidade do

grupo. Analisando as formas mais periféricas desta classe, verificamos também formas como, “respeito” e “coeso” ilustrativas dos valores do grupo. Em relação direta com esta classe, encontramos a classe 1 categorizada por «relação entre os pesquisadores e o grupo-alvo». Verificamos que as formas com maior ocorrência são “junto”, “colaborativo”, “transformação”, “relação”, “PEER-IESS”, “investigador principal”, demonstrando que a relação estabelecida entre o grupo semente permitiu a implementação do modelo PEER-IESS, para a transformação da instituição-caso numa IES promotora de saúde. Esta análise é reforçada pela apresentação nesta classe das formas “investigação”, “validação”, “intervenção”, “capacitação” e “avaliação”. Pela análise desta classe podemos afirmar que a relação entre os pesquisadores e o grupo-alvo foi participativa, e oscilou entre o tipo colegial e colaborativo, uma vez que as formas mais frequentes remetem-nos para estes dois conceitos, nomeadamente, “junto” e “colaborativo”. Considerando o referencial de Cornwall e Jewkes (1995), que apresenta as formas de participação do tipo colegial envolvendo investigadores e pessoas da comunidade que trabalham juntos como colegas, combinando as suas diferentes competências num processo de aprendizagem mútua, palavras que podem ser observadas no filograma na classe 1. A primeira forma, mais frequente e com maior número de ocorrências “junto” aparece 11 vezes no discurso do “grupo semente”. Também a participação colaborativa, onde investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos em projetos, implementados e geridos pelos investigadores, surge com uma forte evidência neste discurso (colaborativo aparece 9 vezes no discurso do grupo-semente). O que nos leva a afirmar que a relação estabelecida entre o grupo semente e o grupo alvo das intervenções de promoção de saúde foi do tipo colegial e do tipo colaborativo, sendo estas, as formas de participação esperadas numa intervenção de PaPS.

A classe 3 também tem relação direta com a classe 5 e com a classe 1. Esta classe foi construída, maioritariamente, pelo discurso de um docente e de um estudante e foi categorizada por «processo de criação de programas de promoção da saúde». As formas com maior ocorrência foram “metodologia”, “programa”, “diagnóstico”, “qualidade”, “processo”, “necessidade”, “educação pelos pares”, “investigação” e “pesquisa-ação participativa”. Esta classe justifica os indicadores que referem que a base para a seleção dos programas de promoção da saúde são as necessidades identificadas, com processos de consenso participativo e de acordo com as prioridades locais. Admitindo-se que, tão importante como as intervenções de educação pelos pares, é a análise do processo e do impacto destes programas.

As classes 2 e 4 encontram-se em oposição à classe 5, 3 e 1 e foram denominadas de «políticas de promoção da saúde» e «visão compartilhada da saúde» respetivamente. A classe 2 é ilustrada pelo discurso de um não docente e a classe 4 é transversal ao discurso

de todos os elementos do “grupo semente”. A PaPS promoveu uma reflexão crítica no “grupo semente” ilustrada pelas formas da classe 4, nomeadamente, “preocupação”, “saudável”, “estilos de vida”, “promoção da saúde”, “educativo” e “bem-estar”. Sendo esta, uma categoria transversal a todos os elementos do “grupo semente”, podemos afirmar que esta visão compartilhada exigiu uma prática efetiva da promoção da saúde na instituição caso, conseguida através da conceção e implementação de estratégias de promoção da saúde que envolveram os estudantes e os recursos locais, ilustrado pelas formas, dinâmica, escola, estudante e comunidade. E alicerçada no diálogo para a resolução dos problemas de acordo com as necessidades da comunidade educativa.

Na classe 2 emergiram as formas “docente”, “não docente”, “estudante”, “promoção da saúde”, “visão”, “missão”, “instituição”, “responsabilidade”, “parceiro”, “reconhecimento” e “pesquisa ação participativa em saúde”, remetendo-nos para a importância atribuída à criação de políticas a partir dos programas de promoção da saúde, nomeadamente do plano de desenvolvimento estratégico 2015/2019, integrando nos seus objetivos intervenções direcionadas para a saúde e bem-estar da comunidade, tal como já referido anteriormente, o grupo semente colaborou na construção deste documento estruturante da instituição.

Pela análise da figura 11 pode-se verificar que o elemento de maior centralidade é a Escola, ramificando-se para promoção da saúde, estudante e projeto. Da comunidade estudante é criada uma ramificação forte (maior grau de conexidade) para “grupo-semente”, o que evidencia o papel de destaque que estes assumem no processo de transformação da Escola, e ainda, o nível de envolvimento e coesão entre o “grupo-semente” e os estudantes. Verificamos ainda, uma importante ramificação para com a comunidade como sendo parte integrante do desenvolvimento, o que corrobora a visão participativa da comunidade nos projetos. Estes achados relacionam-se diretamente com a dinâmica do modelo PEER.

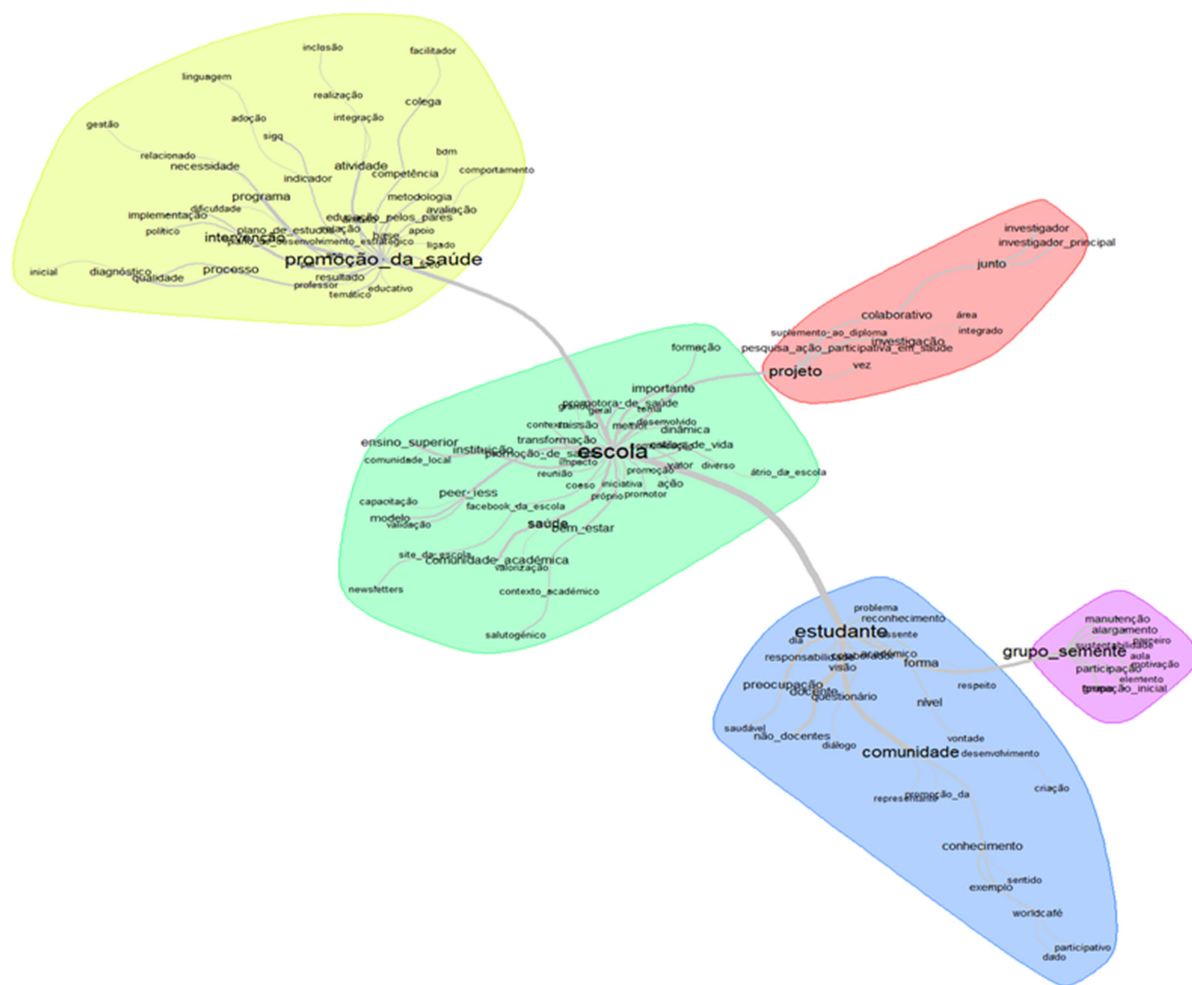


Figura 11: Árvore das similitudes - Processo de pesquisa-ação participativa

Considera-se que o processo de pesquisa foi participativo, uma vez que no discurso dos participantes emergem relações de conexão fortes entre a Escola (conceito central), os estudantes e comunidade (que integram o “grupo-semente”) e os projetos de promoção de saúde, numa perspetiva de transformação positiva. Os participantes consideram que os projetos assumiram um cariz participativo e colaborativo no qual as pessoas da comunidade académica pesquisam em conjunto. Estas premissas vão de encontro aos princípios da PaPS (ICPHR, 2013a).

4.7. Avaliação dos resultados

Na fase de avaliação dos resultados fizemos a análise do plano de estudos, da cooperação interinstitucional, dos projetos de promoção da saúde, da avaliação da satisfação dos estudantes com a IES, do perfil de saúde dos estudantes finalistas, bem como a síntese do processo segundo o referencial ACHA (2012).

4.7.1. Evolução do plano de estudos

Na análise da evolução do plano de estudos comparamos, em termos de investimento na promoção da saúde, o plano de estudos 2008-2012 e 2012-2016 (tabela 29).

Em termos globais podemos verificar que, no 1º ano, houve um crescimento em termos percentuais em todas as UC de conteúdos da área da promoção da saúde, no plano de estudos 2012-2016 (Despacho n.º 9786/2012) quando comparado com o plano de estudos 2008-2012. Acresce o facto de terem sido introduzidos conteúdos em duas UC “Psicologia da Saúde” e “Psicologia Geral”. Se atendermos aos dados globais observa-se, que embora tenha sido excluída uma UC “Psicossociologia da Saúde” e o número total de horas de contacto tenha diminuído no plano de estudos 2012-2016, o número de horas atribuído à promoção da saúde aumentou em 19,4%. No 2º ano verificamos, igualmente, um investimento na promoção da saúde, pela introdução de conteúdos em UC que no plano de estudos 2008-2012 estavam ausentes, aumentando o número de horas naquelas em que esses conteúdos já estavam presentes. Também, em termos do total de horas o aumento é de 66 horas o que corresponde a 15,7%. No 3º ano, houve uma alteração na nomenclatura de algumas UC, mantendo-se a tendência de um aumento das horas dedicadas à promoção da saúde, mas não com a mesma evolução, sendo a diferença percentual nas horas globais de 5,5%. No 4ºano houve uma tendência inversa àquela que se vinha a verificar nos anos anteriores, o plano de estudos 2012-2016 registou menos 19,1% de horas, de conteúdos programáticos que continham aspetos relacionados com a promoção da saúde.

Com esta nova reorganização do plano de estudos o investimento na promoção da saúde no conjunto dos quatro anos, na componente teórica foi de 12,4%.

Tabela 29: Análise comparativa das horas de PrS dos planos de estudo na componente teórica

Ano académico	Unidade Curricular	Plano Estudos 2008-2012			Plano Estudos 2012-2016			Variação Percentual %
		Horas de contacto	Horas de PrS	% de horas de PrS	Horas de contacto	Horas de PrS	% de PrS	
1º ano	Fundamentos de Enfermagem I	132	6	4,5	108	23	21,3	16,8
	Epistemologia da Enfermagem	58	14	24,1	68	20	29,4	5,3
	Antropologia e Sociologia da Saúde	23	4	17,4	27	6	22,2	4,8
	Enfermagem da Família e Comunidade I	104	16	15,4	54	35	64,8	49,4
	Nutrição	23	2	8,7	27	8	29,6	20,7
	Psicossociologia da Saúde	31	4	12,9	-	-	-	-
	Psicologia da Saúde	-	-	-	27	14	51,8	-
	Psicologia Geral	-	-	-	41	6	14,6	-
Total		371	46	12,4	352	112	31,8	19,4
2º ano	Formação em Enfermagem	50	8	16,0	-	-	-	-
	Educação em Saúde	-	-	-	41	35	85,3	-
	Enfermagem - Saúde no Adulto I	-	-	-	135	32	23,7	-
	Enfermagem - Saúde no Adulto II	-	-	-	68	14	20,5	-
	Enfermagem - Saúde do Idoso	-	-	-	27	5	18,5	-
	Total	50	8	16,0	271	86	31,7	15,7
3º ano	Enfermagem – Saúde Infanto-Juvenil	90	16	17,8	-	-	-	-
	Enfermagem – Saúde Infanto-Juvenil e Pediatria	-	-	-	68	21	30,9	-
	Enfermagem – Saúde no Idoso	54	12	22,2	-	-	-	-
	Enfermagem – Saúde Materna	50	8	16,0	-	-	-	-
	Enfermagem – Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia	-	-	-	54	17	31,5	-
	Terapias Complementares	36	18	50,0	27	23	85,2	35,2
	Enfermagem - Saúde Mental	-	-	-	68	2	2,9	-
	Total	230	54	23,5	217	63	29,0	5,5
4º ano	Enfermagem da Família e Comunidade II	52	34	65,4	54	25	46,3	-19,1
	Total	52	34	65,4	54	25	46,3	-19,1
Totais		703	142	20,2	894	286	32,0	11,8
Horas totais da componente teórica do CLE		2065	142	6,9	1482	286	19,3	12,4

Para a análise das competências de promoção da saúde nos ensinos clínicos do plano de estudos 2012-2016 e 2008-2012 seguimos a mesma lógica usada no diagnóstico social (gráfico 1).

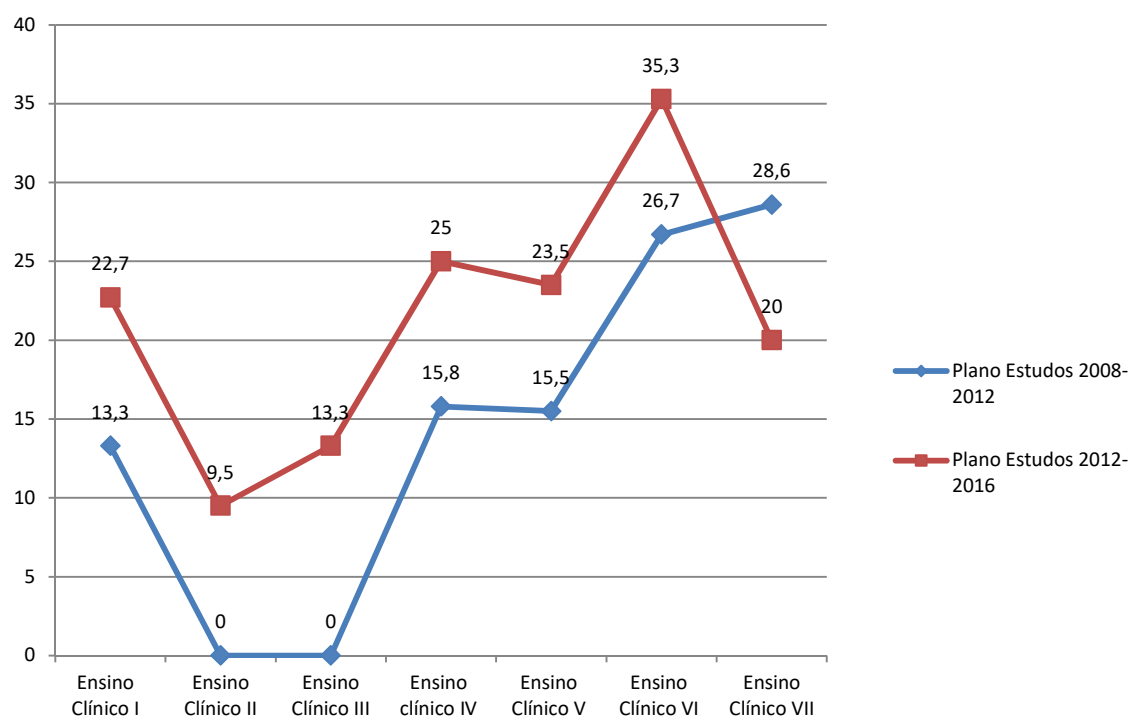


Gráfico 1: Competências de PrS dos planos de estudo na componente ensinos clínicos

Verificamos que houve um aumento significativo do número de competências de PrS em todos ensinos clínicos no plano de estudos 2012-2016 quando comparado com 2008-2012, com exceção do ensino clínico VII, uma vez que este está direcionado para os serviços de cuidados intensivos e urgência.

4.7.2. Evolução da cooperação interinstitucional

Procuramos cultivar o compromisso com a sociedade, favorecendo uma relação de maior credibilidade na rede de parceiros, fortalecendo a imagem da Escola a nível local, regional e nacional. No contexto das mudanças socioeconómicas e culturais, tem sido nossa preocupação responder adequadamente aos desafios que se têm colocado à docência e à investigação, colocando em prática novas formas de intervir na e com a comunidade, com a participação de docentes e estudantes.

A relação com a comunidade constitui-se como um pilar fundamental e diferenciador a nível nacional. Em parceria com instituições, organismos públicos e privados, desenvolvemos uma intervenção permanente, com envolvimento da comunidade académica, numa perspetiva de formação, investigação e desenvolvimento, de forma a permitir ganhos em saúde para a comunidade.

Face ao reconhecimento da comunidade regional, a Escola está representada em órgãos de gestão ou consultivos de outras instituições da comunidade, por docentes e estudantes: Conselho Municipal da Educação; Conselho Municipal Sénior; Conselho Geral dos Agrupamentos de Escolas Ferreira de Castro e Soares Basto; Conselho Local de Ação Social de Oliveira de Azeméis, Conselho Municipal da Juventude; Comissão Municipal para a Promoção da Saúde, Observatório de Monitorização e Avaliação do Projeto Educativo Municipal 2013/2017; Conselho Municipal de Segurança de Vale de Cambra. Também colabora ativa e continuamente com outras instituições da região Entre Douro e Vouga, em diferentes projetos, como por exemplo: Escola José Macedo Fragateiro (Ovar); Agrupamento de Escolas do Búzio (Vale de Cambra); Centro de Acolhimento Temporário de Jovens em Risco (Vale de Cambra); Centro Social de Cesar; Universidade Sénior de Oliveira de Azeméis; Comissão de Melhoramentos de Palmaz; CENFIM – Centro de Formação Profissional da Indústria Metalúrgica e Metalomecânica, Fundação Manuel Brandão (Cucujães). Integra, ainda, o protocolo de Compromisso de colaboração entre as entidades que constituem o núcleo territorial do programa de respostas integradas do território S. João da Madeira/Oliveira de Azeméis, da iniciativa do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, que conta com 11 entidades públicas e privadas envolvidas. E, o protocolo para uma Estratégia de Combate à Violência Doméstica e de Sexo, da iniciativa do Gabinete da Secretaria de Estado para a Cidadania e Igualdade, onde estão 15 entidades envolvidas públicas e privadas. Na prestação de serviços ao exterior, são exemplos de algumas das atividades/sessões de educação para a saúde desenvolvidas: apoio ao peregrino; semana da criança; Azeméis é social; Azeméis é desporto; feira da saúde, entre outras. Na componente pedagógica através da colaboração interinstitucional, desenvolvemos atividades de estimulação cognitiva dos idosos; sexualidade na adolescência: fatores de risco e de proteção; dia mundial da saúde; alimentação saudável; alimentação na prevenção das doenças cardiovasculares; exposição solar saudável. Tem vindo a desenvolver, em parceria, diversos outros projetos, tais como: Par a par com a saúde; *IFone* 112: Aprender a salvar vidas; Trapézio com rede; Vivências com qual(idade); Antes que te queimes; Mais perto de si, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento e de competências em saúde da população da região e da comunidade académica, sobretudo dos estudantes envolvidos nos projetos que têm contribuído e continuarão a contribuir de forma significativa para o desenvolvimento da literacia em saúde e para a adopção de comportamentos saudáveis e desenvolvimentos de competências para o futuro exercício profissional. No que se refere à ação cultural, desportiva e artística no exterior, incluem-se atividades que se constituem não só como uma forma de desenvolver as competências transversais, como contribuem ativamente para a formação complementar e bem-estar dos estudantes.

4.7.3. *Evolução dos projetos de promoção da saúde*

Para a análise da evolução dos projetos de promoção da saúde recorremos aos padrões de boas práticas da promoção da saúde nas IES e aos critérios da PaPS nas suas dimensões e subdimensões (ACHA, 2012) e (ICPHR, 2013a).

Os projetos de promoção da saúde implementados em resultados das necessidades identificadas foram os seguintes:

1. “Mulheres em ação: intervenção de conscientização”, um programa anual, inserido na rede PEER, com início em 2012 mantendo-se até à presente data, visando alertar para o Dia Mundial de Luta Contra a Sida, dirigido aos estudantes, sobretudo do 1º ano do CLE. Tem como objetivos aumentar a literacia sobre a disseminação do VIH/SIDA, sobretudo em contextos recreativos; conscientizar para a não-discriminação dos seropositivos e doentes de VIH; capacitar para a prevenção de IST e utilização do preservativo feminino. Este projeto orienta-se pela metodologia da educação pelos pares e cumpre os requisitos do ACHA (2012) e ICPHR (2013a).
2. “*Community Based Mental Health*”, programa internacional que contou com sete parceiros europeus (ESEnfCVPOA, Instituto Politécnico de Setúbal, Finlândia - *Oulu University of Applied Sciences*, Bélgica - *University College Provinciale Hogeschool Limburg e University College Arteveldehogeschool*, Polónia - *University of Physical Education, Wroclaw*, Letónia - *Riga Stradina University*, Holanda - *HAN University*) de IES na área da saúde e trabalho social, decorreu entre o ano de 2012 e 2016. A seleção dos estudantes e docentes foi efetuada através de candidatura ao programa internacional, com apoio institucional e do Programa ERASMUS. Tinha como objetivo estimular o intercâmbio intercultural e interdisciplinar de experiências de aprendizagem na área da saúde mental; confrontar os estudantes com uma diversidade de métodos de ensino e didática, ao longo de três dimensões principais: baseada em evidências, prática e reflexão; conscientizar os estudantes sobre as várias dimensões da saúde mental e diversidade global deste fenómeno; desafiar os estudantes a desenvolver ações e estratégias para grupos-alvo específicos com base em feedback de pares, trabalhos de campo, intervenções de especialistas e de diálogo multiprofissional. Desenvolveu-se, tendo por base uma abordagem baseada na participação-ação de base comunitária e a promoção da saúde no cumprimento dos requisitos do ACHA (2012) e ICPHR (2013a).
3. “Relaxamento antes das provas de avaliação” trata-se de um projeto dinamizado pelo GAEIVA, com início em 2014, desenvolvido com regularidade até à presente data, tendo como população alvo os estudantes sujeitos a provas de avaliação, que participam

voluntariamente nas sessões de relaxamento. Os objetivos estão orientados para aumentar o relaxamento e a descontração dos estudantes para a realização das provas de avaliação; diminuir os níveis de ansiedade relacionados com os momentos de avaliação sumativa; aumentar o controlo da ativação fisiológica perante situações indutoras de stresse e compreender a diferença do estado de tensão antes e após o efeito do relaxamento. Recorre à técnica de relaxamento muscular progressivo de *Jacobson*, complementada com a monitorização da pulsação pelos estudantes; indicação, numa escala tipo *Likert*, do nível de descontração sentido antes e após a aplicação do relaxamento; avaliação comparativa do sucesso escolar dos estudantes participantes e não participantes. Cumpre na generalidade as dimensões do ACHA (2012), com exceção das dimensões “Prática de abordagem socio-ecológica” e “Competência cultural” (cumpre em parte), bem como os critérios da PaPS (ICPHR, 2013a).

4. A “investigação como ferramenta de promoção da saúde mental” projeto desenvolvido entre 2014 e 2015 promovido pelo Gabinete de Investigação & Desenvolvimento da instituição alvo e “grupo semente”, com vista a sistematizar a atividade de investigação realizada pelos estudantes e docentes da ESEnfCVPOA, dirigidos à promoção da saúde mental tendo como população alvo estudantes, docentes e não docentes da IES. Pela análise documental verificou-se que a maioria dos trabalhos cumpria as dimensões do ACHA (2012), com exceção da dimensão “Competência cultural” que cumpria apenas em parte. Dos 10 estudos focalizados na comunidade académica 50% recorreram ao paradigma da PaPS.
5. “Monitorização do sofrimento emocional dos estudantes” projeto desenvolvido entre 2014 e 2016 com os seguintes objetivos: avaliar o sofrimento emocional dos estudantes do 1º ano da IES, através da avaliação da sintomatologia depressiva e ansiosa; avaliar as competências de assertividade dos estudantes de 1º ano; identificar estudantes com necessidade de acompanhamento; diminuir o sofrimento emocional e aumentar as competências de assertividade dos estudantes do 1º ano. Quando os resultados indicassem níveis elevados de sofrimento emocional era disponibilizado apoio aos estudantes por parte do psicólogo do GAEIVA. Este projeto cumpria, na sua maioria, as dimensões das boas práticas para a PrS (ACHA, 2012), com exceção da “Competência cultural”, Cumprindo, em parte, a dimensão “Prática colaborativa”. Não cumpria os critérios da PaPS, embora tenha sido uma estratégia desenhada com vista à promoção da saúde mental dos estudantes do 1º ano do CLE.

6. “Gestão do tempo para a organização do trabalho académico” este programa decorreu no período de 2014 a 2015 sob a forma de seminários temáticos, dirigido a necessidades identificadas pelos docentes e estudantes, tendo como objetivos: identificar sinais indicativos de uma má organização do tempo; definir metas e prioridades a curto, médio e longo prazo; identificar e classificar atividades consoante o grau de importância e urgência; gerir o tempo de forma mais eficaz de acordo com objetivos previamente definidos; gerir o tempo de forma mais eficaz com o intuito de alcançar o sucesso académico e treinar técnicas para posterior aplicação na vida diária. Para o seu desenvolvimento, foi utilizada uma metodologia participativa assente em dinâmicas de grupo e atividade prática estruturada para tarefas individuais a curto, médio e longo prazo. O programa cumpria na generalidade as dimensões do ACHA (2012), com exceção das dimensões “Prática de abordagem socio-ecológica” e “Competência cultural” que cumpria em parte, cumprindo igualmente os critérios da PaPS (ICPHR, 2013a).
7. “Laboratório Relacional de Enfermagem: Projeto dialógico, pedagógico e crítico”, projeto financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, com início em 2015, mantendo-se ativo à presente data, integrado no ensino clínico I - desenvolvimento de competências pessoais e relacionais. Tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento de competências de comunicação e relacionais dos estudantes do 1º ano do CLE através da combinação de estratégias inovadoras, como a expressão dramática, o reconhecimento de expressões faciais de emoção e a língua gestual Portuguesa, assim como, promover uma participação ativa dos estudantes nos processos de aprendizagem. Cumpre os requisitos do ACHA (2012) e ICPHR (2013a).
8. “Antes que te queimes”, programa de intervenção de educação pelos pares para a promoção da diversão sem risco e redução de danos associados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas nas festas académicas de Oliveira de Azeméis. Promove ações de intervenção de rua com aconselhamento individual e primeiros socorros, utilizando uma abordagem dialógica que promove a literacia e predispõe para comportamentos que favoreçam a saúde e segurança durante essas festas. Foi implementado no ano de 2013, mantendo-se ativo até presente data, após formação do “grupo semente” e integração da Instituição alvo na rede PEER - *Peer-Education Engagement and Evaluation Research* da ESEnfC. Cumpre os requisitos do ACHA (2012) e ICPHR (2013a).
9. “Métodos de estudo dirigidos aos estudantes do 1º e 2º ano do CLE”, seminários temáticos, desenvolvidos no período de 2014 a 2015, com o objetivo de dotar os

estudantes de estratégias de estudo mais eficientes e contribuir para a melhoria do sucesso académico e redução da ansiedade e stresse. Cumpre na generalidade as dimensões do ACHA (2012), com exceção das dimensões “Prática de abordagem socio-ecológica”, cumpre em parte a “Competência colaborativa” e não cumpre a “Competência cultural”. Relativamente aos critérios da PaPS cumpre (ICPHR, 2013a).

Verificamos que, na sua generalidade os projetos de promoção da saúde se enquadram nos requisitos da ACHA (2012) e ICPHR (2013a) o que assegura a qualidade dos projetos. Note-se que houve uma evolução de um (“Plantas medicinais e aromáticas e seus benefícios para a saúde”) para nove projetos estruturantes com enfoque na saúde dos estudantes. Não estando aqui incluídas as ações pontuais de informação motivacional.

4.7.4. Avaliação da satisfação dos estudantes com a IES

Na avaliação da satisfação dos estudantes com a IES, foi utilizada a mesma metodologia do diagnóstico social. Os resultados indicam que a satisfação global dos estudantes do 1º ciclo de estudos do ano letivo 2015/2016 foi de 82% (ESENfCVPOA, 2017), sendo superior à apresentada aquando do diagnóstico social no ano letivo 2011/2012 (77,3%).

Relativamente à avaliação global dos cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem e do curso de pós-graduação em administração e gestão dos serviços de saúde, o nível de satisfação dos formandos foi muito alto. CPGGASS 81%; CPLEESMP 89%; CPLEEMC 88,5%; CPLEER 73%; CPLEESMO 89% (ESENfCVPOA, 2017). Embora a formação pós graduada não tenha sido o grupo alvo das intervenções de promoção de saúde verifica-se um aumento global da satisfação dos estudantes em relação à avaliação efetuada aquando do diagnóstico social. Neste ano letivo contamos ainda com a avaliação da satisfação dos estudantes da formação pós graduada de cursos com edição posterior à análise do diagnóstico social, concretamente, pós-graduação de enfermagem em saúde familiar 93%, pós-graduação de cuidados intensivos e emergências 88% e pós-graduação de enfermagem do trabalho 82%, que evidenciam níveis elevados de satisfação (ESENfCVPOA, 2017).

4.7.5. Perfil de saúde dos estudantes finalistas

Neste ponto procedemos à avaliação dos resultados da aplicação do questionário “Estilo de vida Fantástico” (Silva, et al., 2014) aos estudantes finalistas. Analisamos a evolução do perfil de saúde dos estudantes que no ano letivo de 2012/2013 frequentavam o 1º ano e no ano 2015/2016 frequentavam o 4º ano. De referir que dos 21 estudantes que ingressaram no ano letivo 2012/2013, chegaram ao 4º ano do 1º ciclo de estudos do curso de licenciatura

em enfermagem 20 estudantes, sendo a taxa de sucesso académico de 95,2%. Para o efeito promoveram-se análises, no sentido de compreender como se comportaram as variáveis “estilos de vida FANTASTICO, autoestima, autoimagem e bem-estar psicológico, passados quatro anos.

Na tabela 30 apresentamos os resultados obtidos na análise das diferenças para as escalas estilos de vida FANTASTICO, autoestima e bem-estar psicológico relativos ao 1º e 4º ano. Pode-se verificar que existem diferenças entre as médias obtidas, quer para a variável autoestima, quer para os estilos de vida e bem-estar psicológico, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas. Os estilos de vida, a autoestima e o bem-estar dos estudantes quando frequentavam o 1º ano e quando frequentavam o 4º ano, em termos globais, são muito semelhantes.

Os resultados apresentados na tabela seguinte indicam que o valor das médias subiu, no conjunto das dez dimensões que compõem a autoestima, autoimagem e bem-estar psicológico, passados quatro anos. Os resultados mostram que os estudantes no momento em que frequentavam o 4º ano têm uma perceção da sua autoestima e da imagem corporal mais favorável, em termos médios, do que quando frequentaram o 1º ano, embora essas diferenças de médias não são estatisticamente significativas.

Tabela 30: Análise das diferenças relativas à autoestima, estilos de vida e bem-estar psicológico

Escalas	1ºano	4ºano	t	p
FANTASTICO	88,79	89,60	0,356	0,723
AUTOESTIMA	33,21	34,34	1,041	0,301
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	16,88	16,81	0,049	0,961

Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, como podemos observar na tabela 31, o bem-estar psicológico apresenta médias mais elevadas, para as dimensões “Vitalidade”, “Autocontrolo”, “Bem-estar positivo” e “Saúde em geral” e um desvio padrão menor nos estudantes quando frequentavam o quarto ano. Estes dados evidenciam que os estudantes do 1º para o 4º ano, melhoraram o modo como reagiam aos problemas, apresentavam mais alegria e energia, estavam emocionalmente mais estáveis e seguros, menos exaustos e menos cansados ou fatigados. Para as dimensões “Ansiedade” e “Humor deprimido”, verificou-se o contrário os valores das médias são mais baixos, significando que, no 4º ano, manifestaram níveis menores de ansiedade, estando menos aborrecidos e incomodados, menos nervosos e abatidos.

Tabela 31: Estatística descritiva do bem-estar psicológico dos estudantes no 1º e 4º ano

Bem-estar psicológico	1º ano	DP	4º ano	DP
Ansiedade	2,93	1,298	1,97	0,785
Vitalidade	2,81	0,852	3,09	0,658
Humor deprimido	2,91	1,019	2,37	0,646
Autocontrolo	2,74	1,217	3,23	0,910
Bem-estar positivo	2,86	0,990	3,23	0,843
Saúde em geral	2,63	1,024	3,03	0,618

Face a estes resultados podemos afirmar que os estudantes do 4º ano apresentavam um estilo de vida mais saudável, exercendo um maior autocontrolo sobre si próprios. Pensamos que as aprendizagens e atividades que foram desenvolvidas ao longo dos quatro anos no âmbito da promoção da saúde, podem ter contribuído para o desenvolvimento de competências ao nível da compreensão dos fenómenos e de eficácia na ação.

4.8. Avaliação de impacto

Decorridos quatro anos de implementação do modelo PEER-IESS torna-se necessário verificar de que forma o envolvimento de um “grupo semente” num processo de pesquisa-ação participativa promoveu a mobilização de uma comunidade do ensino superior de enfermagem para implementar um contexto promotor de saúde e incrementar as competências para o exercício da profissão.

4.8.1. Avaliação do processo de transformação da escola superior de enfermagem numa instituição de ensino superior promotora de saúde

Para efeitos da avaliação do processo foram entrevistados sete informantes privilegiados da academia e da comunidade, nomeadamente, um representante do conselho de direção, um representante do conselho técnico-científico e outro do conselho pedagógico, o coordenador pedagógico em representação dos docentes, o coordenador do gabinete de investigação e desenvolvimento, um representante dos estudantes nomeado pela associação académica e um líder comunitário, representante do poder local.

Os dados recolhidos, através da entrevista, foram organizados em ficheiros individuais, agrupados por questão/indicador, conforme recomendado pela ACHA (2012). Cada ficheiro foi analisado pelo programa IRAMUTEQ, recorrendo à lematização dos mesmos e de acordo com os procedimentos descritos na metodologia.

Integração com a missão da IES

O programa reconheceu a separação do *corpus* da primeira questão/indicador ACHA (2012) - Integração com a missão da IES, em sete textos e que se repartem por 53 segmentos de texto. Pela análise estatística, lexical simples, nesses segmentos foram identificadas 520 formas e 2139 ocorrências. O número de hápax é de 167, e corresponde a 7,8% das ocorrências e 32,1% das formas. Obteve-se uma média de ocorrências por unidade de contexto de 305,6.

Da análise de especificidades e da análise fatorial de correspondência (AFC), no *corpus* da questão 1 foram classificados 46 segmentos de texto em 53, o que corresponde a 86,79% agrupados em 7 classes. Verificamos, nesta análise, que o número de formas ativas com frequência superior a três é de 214 e a média de formas ativas por segmento é de 40,36.

Para cada uma das classes que emergiram da análise é apresentado o dendograma (figura 12) a sua categorização, o valor percentual em relação ao total do *corpus* analisado e as palavras que constituem as respectivas classes. Observamos que as classes 4 e 1, 3 e 2 encontram-se próximas e ligadas entre si e por sua vez, ligadas com as classes 6 e 5. Observamos, também, que a classe 7 tem afinidade com todas as outras classes. Pela leitura da figura 12 podemos notar que a classe 1 representa na sua maioria o discurso do representante do gabinete de investigação e desenvolvimento, e corresponde a 13% do total do corpus. Os órgãos de governação da Escola expressam o seu discurso na classe 2, que corresponde a uma percentagem de 13%. As classes 3, 4 e 7 são constituídas por um discurso transversal a todos os participantes, representado 41,3% do *corpus*. O representante dos estudantes e o representante do conselho de direcção alinham o seu discurso na classe 6, em 15,2% do corpus. A classe 5 caracteriza o discurso do líder comunitário e representante do poder local com 17,4% do total do *corpus*.

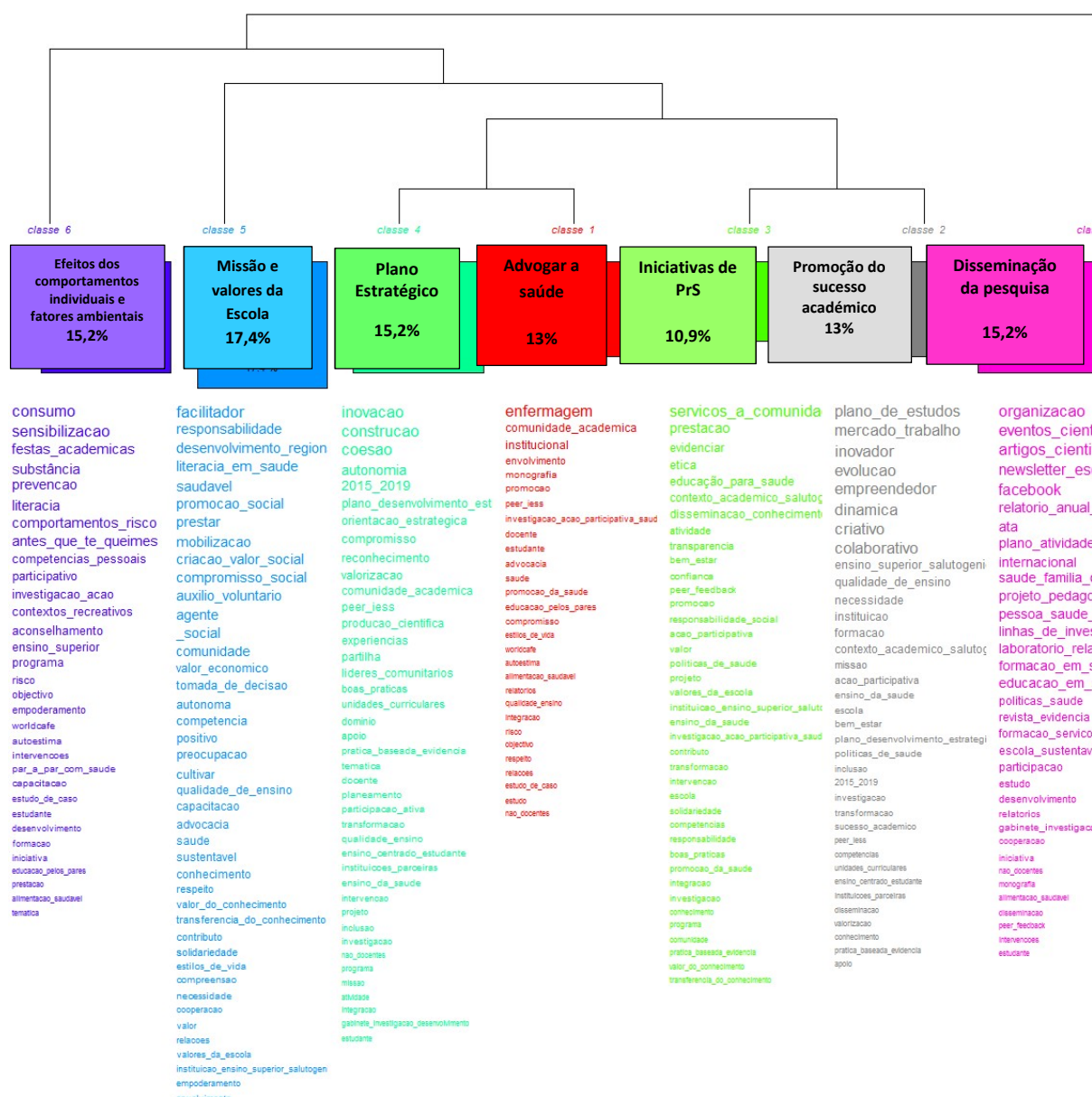


Figura 12: Dendrograma - Integração com a missão da IES

Pela análise da classificação hierárquica descendente (CHD), ilustrada através do dendrograma (figura 12) damos conta que as sete classes determinam as representações da integração do modelo PEER -IESS com a missão das instituições de ensino superior. Essas classes agruparam-se com uma classificação estável e definitiva, compostas por vocabulário semelhante, em quatro *clusters*.

Ao cruzarmos os resultados obtidos nas três fases de análise do IRAMUTEQ evidencia-se que a classe 5 é a maior do corpus e a classe 7 se encontra em oposição às restantes. A classe 5 categorizada por possui 8 dos 46 segmentos retidos, o que corresponde a 17,4% do corpus analisado. Categorizamos esta classe de «missão e valores da Escola», pois é uma classe fortemente marcada por formas associadas à missão e valores da Escola,

pilares estruturantes do desenvolvimento estratégico. São ilustrativas desta categoria, as seguintes formas: “responsabilidade”, “desenvolvimento regional”, “compromisso social”, “criação de valor social e comunidade”. É de notar que esta classe permitiu-nos ter uma perceção da imagem que a Escola projeta na comunidade, pois tal como já referimos, ela caracteriza o discurso do líder comunitário e representante do poder local, elemento externo à instituição, este discurso reforça o posicionamento da Escola como instituição de referência. Esta classe encontra-se ligada às classes 4 «plano estratégico» e 1 «advogar a saúde», e também, às classes 3 «iniciativas de promoção da saúde» e 2 «promoção do sucesso académico». As classes 4 e 1 estão ligadas, o que demonstra a relação entre o plano estratégico da Escola e a advocacia da saúde como um valor fundamental desta IES. A classe 1 é ilustrada pelas formas: “enfermagem”, “comunidade académica”, “institucional”, “envolvimento”, “monografia”, “PEER-IESS”, “investigação-ação participativa em saúde” e “advocacia”. A classe 4 é ilustrada pelas formas: “inovação”, “construção”, “coesão”, “autonomia”, “plano de desenvolvimento estratégico”, “compromisso”, “reconhecimento” e “PEER-IESS”.

As classes 3 «iniciativas de PrS» e 2 «promoção do sucesso académico» também se encontram relacionadas, revelando a importância que os participantes salientam entre elas. De notar que a classe 2 foi mais representativa do discurso do membro do conselho técnico-científico, órgão responsável pela orientação da política científica e pedagógica, nos domínios do ensino, da investigação, da extensão cultural e da prestação de serviços à comunidade (Diário da República, 2009), intrinsecamente ligado à importância do sucesso académico. As formas mais representativas desta classe são o “plano de estudos”, “mercado de trabalho”, “inovador”, “evolução”, “empreendedor”, “dinâmica”, “criativo”, “colaborativo” e “PEER-IESS”. A classe 3 enumera as iniciativas de promoção da saúde implementadas na escola, sendo uma classe transversal a todos os participantes. São ilustrativas desta classe, as formas: “serviços à comunidade”; “prestação”; “evidenciar”; “ética”; “educação para a saúde”; “contexto académico salutogénico” e “disseminação do conhecimento”. Embora esta classe, na CHD apresente 10,9% da totalidade do *corpus*, as iniciativas também aparecem refletidas na classe 6 e 7, apresentando os efeitos dos comportamentos individuais e dos fatores ambientais centrados nos estudantes e a disseminação da pesquisa, respetivamente. A classe 6, como já referimos anteriormente, reflete um discurso partilhado entre o conselho de direção e o representante dos estudantes. Esta classe denominada de «efeitos dos comportamentos individuais e fatores ambientais» é ilustrada pelas seguintes formas: “consumo”; “sensibilização”; “festas académicas”; “prevenção”; “literacia”; “comportamentos de risco” e “Antes que te queimes”. Esta classe reflete a preocupação e o alinhamento do órgão responsável por assegurar o bom

funcionamento e gestão da Escola (Diário da República, 2009) com o empoderamento dos estudantes através da educação pelos pares. Revela ainda o grau de compromisso e proximidade entre o conselho de direção e os estudantes. A classe 7 «disseminação da pesquisa» é transversal a todos os participantes e reflete a importância que, quer os atores internos, quer os atores externos, dão à forma como a Escola promove a divulgação dos seus eventos científicos e os meios que utiliza na disseminação dos resultados obtidos. Assim, as principais formas que ilustram esta classe são a “organização”, “eventos científicos”, “artigos científicos”, “*newsletter*” e “*facebook*”.

Em síntese, pela análise da figura 13, visualiza-se a relação entre as formas e a sua conexão no discurso dos participantes e confirmamos a centralidade dos elementos, tendo sido realizada uma análise de similitude que mostra a relação entre os seus elementos (Marchand & Ratinaud, 2012). Esta análise é reproduzida em forma de árvore ilustrativa da articulação entre os diferentes elementos que determinam a integração do modelo PEER-IESS com a missão da IES.

Podemos observar que os elementos de maior centralidade são a “promoção da saúde”, “estudante”, “docente” e “não-docente”. A forma “promoção da saúde” encontra-se próxima em termos de ligações com “transformação”, “PEER-IESS”, “comunidade académica”, “boas práticas”, “investigação” e “ensino da saúde”. O elemento estudante ramifica-se em “educação pelos pares”, “bem-estar”, “qualidade de ensino”, “participação” e “atividade”. Já os docentes e não docentes ramificam-se em “compromisso”, “empoderamento” e “capacitação”. Existe uma ligação forte (maior grau de conexidade) entre “docentes” e “estudantes” evidenciada na árvore pela espessura do seu ramo de ligação.

“instituição de ensino superior”. A forma “PEER-IESS” ramifica-se em modelo que por sua vez, este se ramifica em “PRECEDE-PROCEED” e “grupo semente”. Esta última forma, assume particular importância, uma vez que se encontra ligada à promoção da saúde e à pesquisa-ação participativa em saúde. Outro ramo da forma “PEER-IESS” faz a ligação ao “contexto académico”, “líderes comunitários” e “capacitação”. Outro elemento central é a “promoção da saúde” que se ramifica em “implementação”, “instituição de ensino superior salutogénica”. Existe uma ramificação forte para “estudante” e “sucesso académico”, reforçando a ligação entre as “iniciativas de promoção da saúde” e a “promoção do sucesso académico” identificadas na análise da questão anterior. Ainda como elemento estruturante do discurso dos participantes, observamos que “instituição do ensino superior” se ramifica em “estratégias de intervenção” e “projeto”. Estes resultados estão direcionados para as dimensões do indicador abordagem socio-ecológica, sobretudo na dimensão de planeamento e desenho das intervenções de promoção da saúde, o recurso ao modelo PRECEDE-PROCEED, a análise dos problemas de saúde da IES e da comunidade, direcionando os resultados em saúde para a capacitação da comunidade académica (ACHA, 2012).

Pela análise da figura 15, podemos observar que, na árvore de similitudes, o elemento de maior centralidade é a “rede PEER”. Este ramifica-se em “estudante”, “comunidade”, “nacional”, “internacional”, “promoção da saúde” e “prática colaborativa”. A forma “estudante” tem uma relação com “docente” que na sua trajetória de ramificação inclui o elemento “qualidade de ensino”. O mesmo ramo descendente na direção dos “não docentes”, no sentido da sua inclusão na comunidade. As formas “nacional” e “internacional” permitem-nos identificar os parceiros da rede PEER com quem a Escola estabeleceu protocolos, uma vez que a prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior requer profissionais que se envolvam e colaborem como parceiros interdisciplinares (ACHA, 2012). A identificação destes parceiros em rede traduz a prática colaborativa implementada ao longo da investigação.

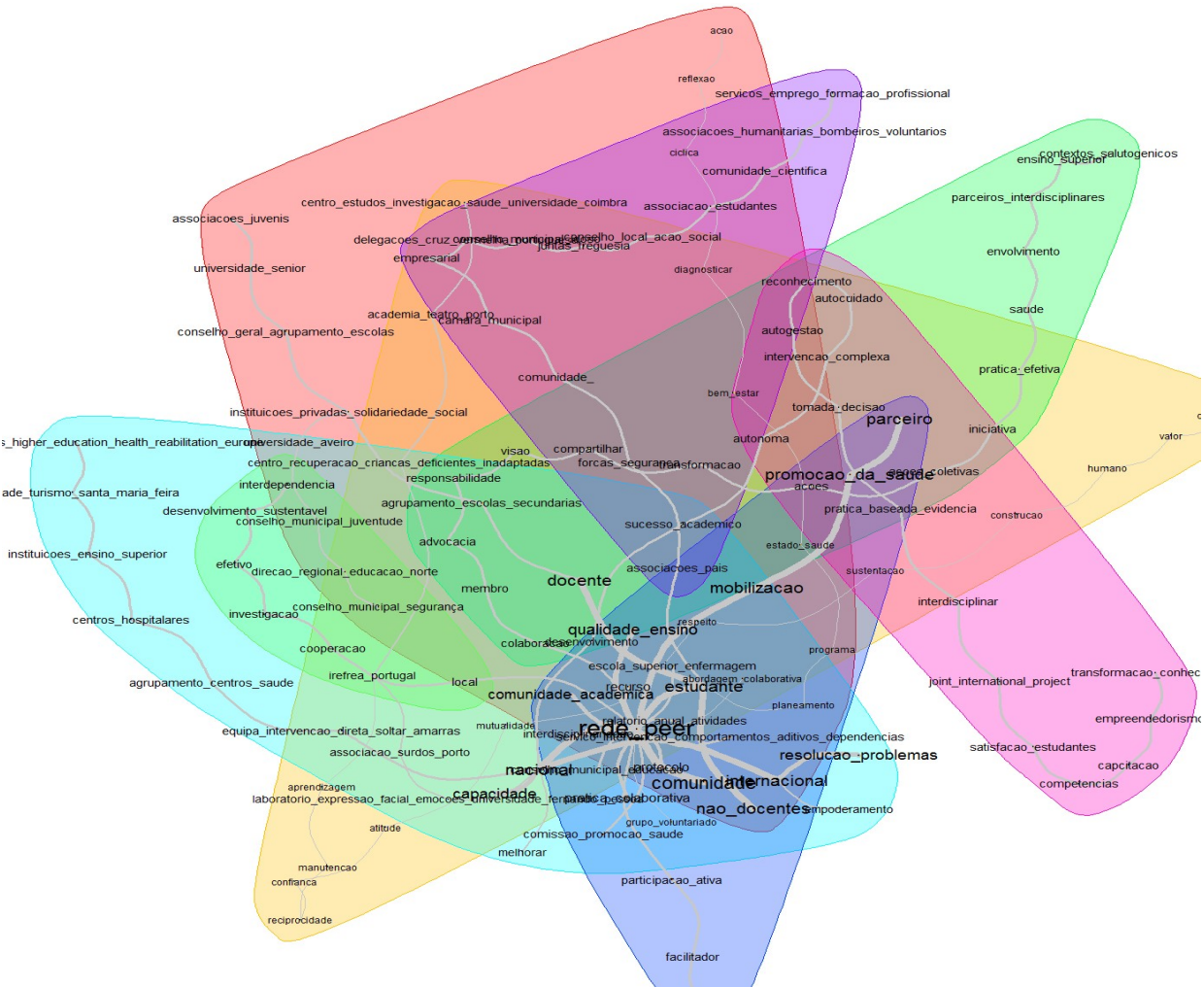


Figura 15: Árvore das similitudes - Prática colaborativa

Competência cultural

O programa IRAMUTEQ reconheceu a separação do corpus da quarta questão/indicador ACHA (2012) - Competência cultural em 7 textos que se repartem por 23 segmentos de texto. Pela análise estatística, lexical simples, nesses segmentos foram identificadas 176 formas e 917 ocorrências. O número de hápax é de 23, que corresponde a 2,51% das ocorrências e 13,07% das formas, tendo-se obtido uma média de ocorrências por unidade de contexto de 131.

Igualmente nesta questão, o programa IRAMUTEQ não nos permitiu realizar a análise de especificidades e a análise fatorial de correspondência (AFC), nem a CHD, pelas mesmas razões apresentadas anteriormente.

Pela análise da figura 16, podemos observar que, na árvore de similitudes, o elemento de maior centralidade é a “promoção da saúde”. Este ramifica-se em “participação ativa” e “boas práticas”. Outros elementos que se destacam na ramificação desse elemento são a “competência cultural” e “justiça social” que intercetam por sua vez, a “conscientização” e os “determinantes em saúde”. O PEER-IESS surge como outra ligação forte à “promoção da saúde”, ramificando-se em “qualidade de ensino”, “cultura” e “sexo”. Em conformidade com as dimensões do indicador, evidencia-se a preocupação da Escola pela implementação de boas práticas orientadas por valores de inclusão cultural, promovendo a criação de oportunidades para uma melhor compreensão entre cultura, identidade e justiça social como determinantes da saúde (ACHA, 2012).

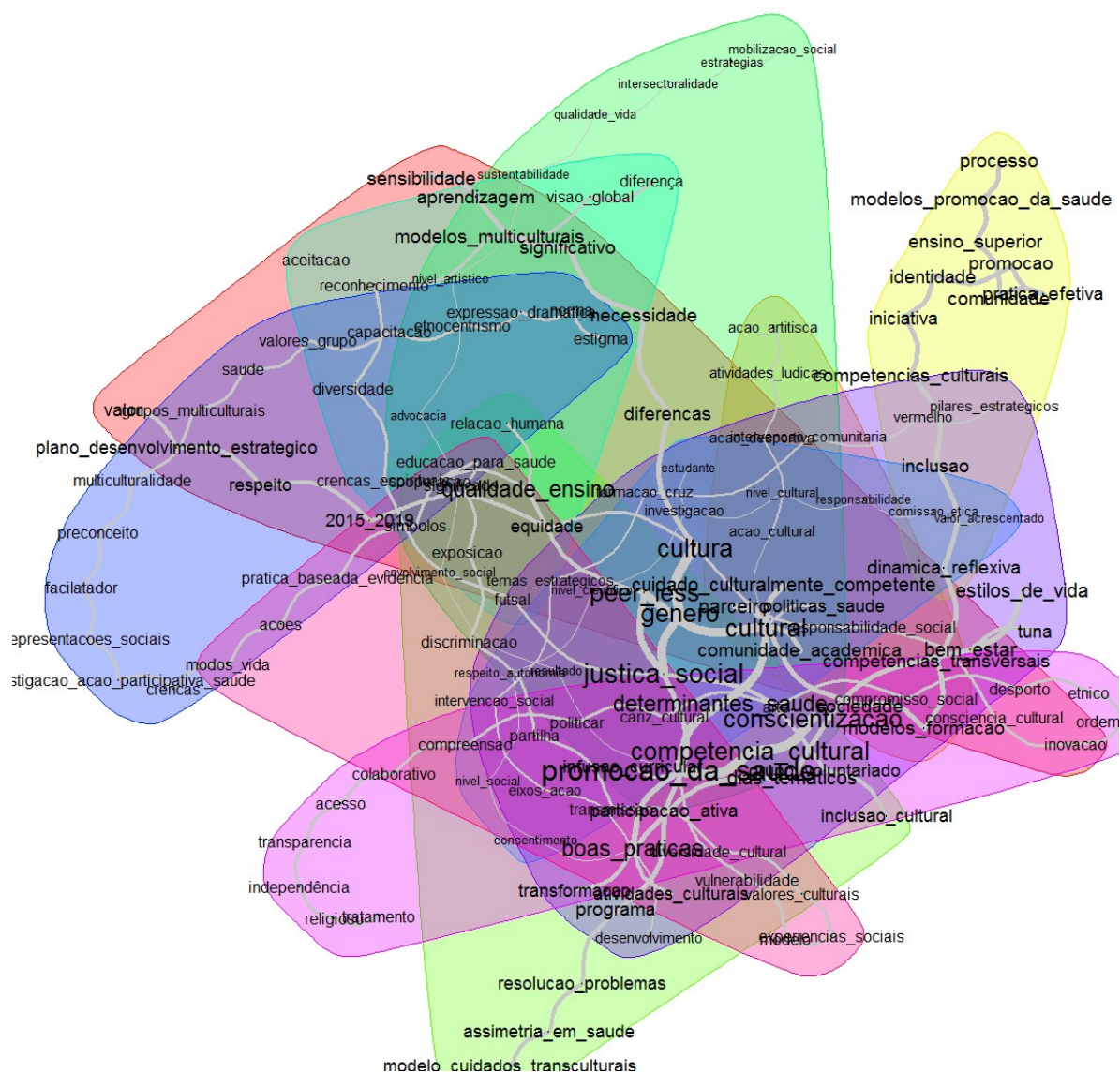


Figura 16: Árvore das similitudes – Competência cultural

Prática baseada na teoria

O programa IRAMUTEQ reconheceu a separação do corpus da quinta questão/indicador ACHA (2012) - Prática baseada na teoria, em 6 textos, que se repartem por 6 segmentos de texto. Pela análise estatística, lexical simples, nesses segmentos foram identificadas 37 formas e 165 ocorrências. O número de hápax é de 9, que corresponde a 5,45% das ocorrências e 24,32% das formas, tendo-se obtido uma média de ocorrências por unidade de contexto de 27,5.

Também, nesta questão, o programa IRAMUTEQ não nos permitiu realizar a análise de especificidades e a análise fatorial de correspondência (AFC), nem a CHD uma vez que tínhamos apenas 165 ocorrências.

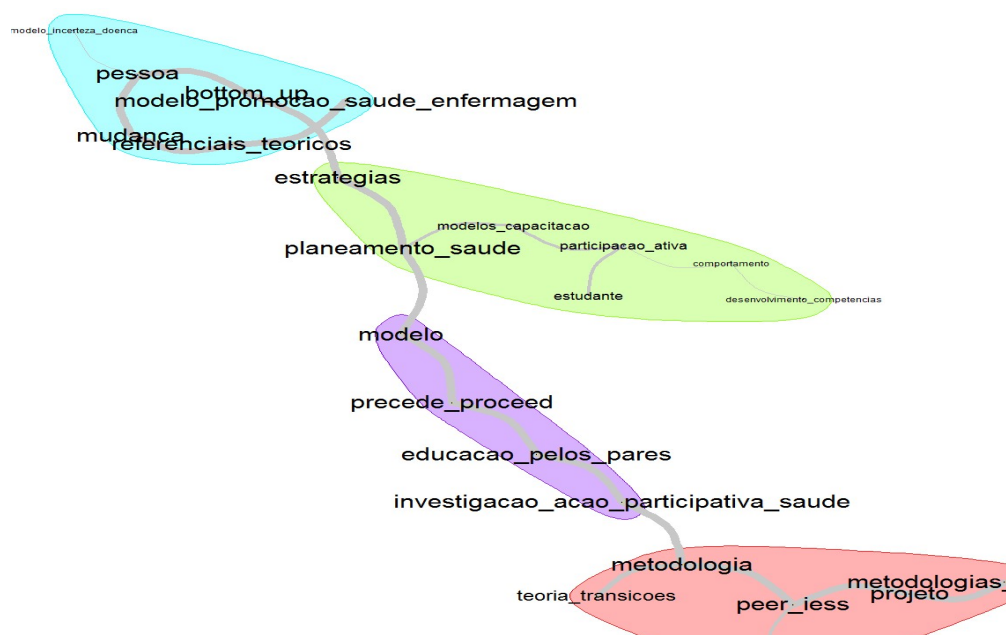


Figura 17: Árvore das similitudes – Prática baseada na teoria

A centralidade do discurso dos 6 participantes é observada no elemento “PEER-IESS” (figura 17). Este núcleo ramifica-se para “metodologias de investigação” e “estratégias de mudança”. Projetando uma ramificação extensa que intercepta três grafos comuns, ou seja três comunidades lexicais (Marchand & Ratinaud, 2012), que identificam coocorrências entre “PRECEDE-PROCEED”, “educação pelos pares” e “investigação-ação participativa em saúde”, o elemento “planeamento em saúde” relacionado com “estratégias” e, ainda outro grafo que evidencia o discurso dos participantes entre “referenciais teóricos”, “promoção da saúde” e “modelo *bottom up*”. Pela leitura da árvore de similitudes, verificamos que os participantes compreenderam e aplicaram os quadros teóricos e os modelos de planeamento dirigidos à saúde individual e da comunidade, sobretudo no que concerne aos conceitos do modelo PEER-IES e da pesquisa-ação participativa em saúde. Assim, verificamos que os atores da IES incorporaram nas suas práticas de promoção da saúde modelos e quadros teóricos na construção dos referenciais conceptuais que suportam o planeamento em saúde.

Prática baseada na evidência

O programa IRAMUTEQ reconheceu a separação do corpus da sexta questão/indicador ACHA (2012) – Prática baseada na evidência, em 6 textos, que se repartem por 27 segmentos de texto. Pela análise estatística, lexical simples, nesses segmentos foram identificadas 185 formas e 1119 ocorrências. O número de hápax é de 12, que corresponde a 1,07% das ocorrências e 6,49% das formas, com uma média de ocorrências por unidade de contexto de 186.

O programa IRAMUTEQ não nos permitiu, igualmente, realizar a análise de especificidades e a análise fatorial de correspondência (AFC), nem a CHD uma vez que temos apenas 1119 ocorrências.

Na figura 18, a árvore de similitudes evidenciou uma coerência no discurso dos participantes, não se evidenciando um núcleo central ramificado, mas antes, uma trama de conexões, entre comunidades lexicais, que estabelecem uma relação entre a “prática baseada na evidência”, a “investigação”, os “indicadores mensuráveis”, a “eficácia”, o “estado da arte”, a “transformação”, as “intervenções complexas”, a “síntese de resultados”, a “produção de conhecimento” e a “disseminação de resultados”. Esta árvore de similitudes permitiu-nos verificar que os participantes avaliaram a transformação nas metodologias de investigação, nomeadamente pela valorização da prática baseada na evidência que aplicam nas iniciativas de promoção da saúde. Sobretudo para o desenho e planeamento de intervenções complexas em saúde suportada por indicadores mensuráveis e validadas para maximizar a eficácia (ACHA, 2012).

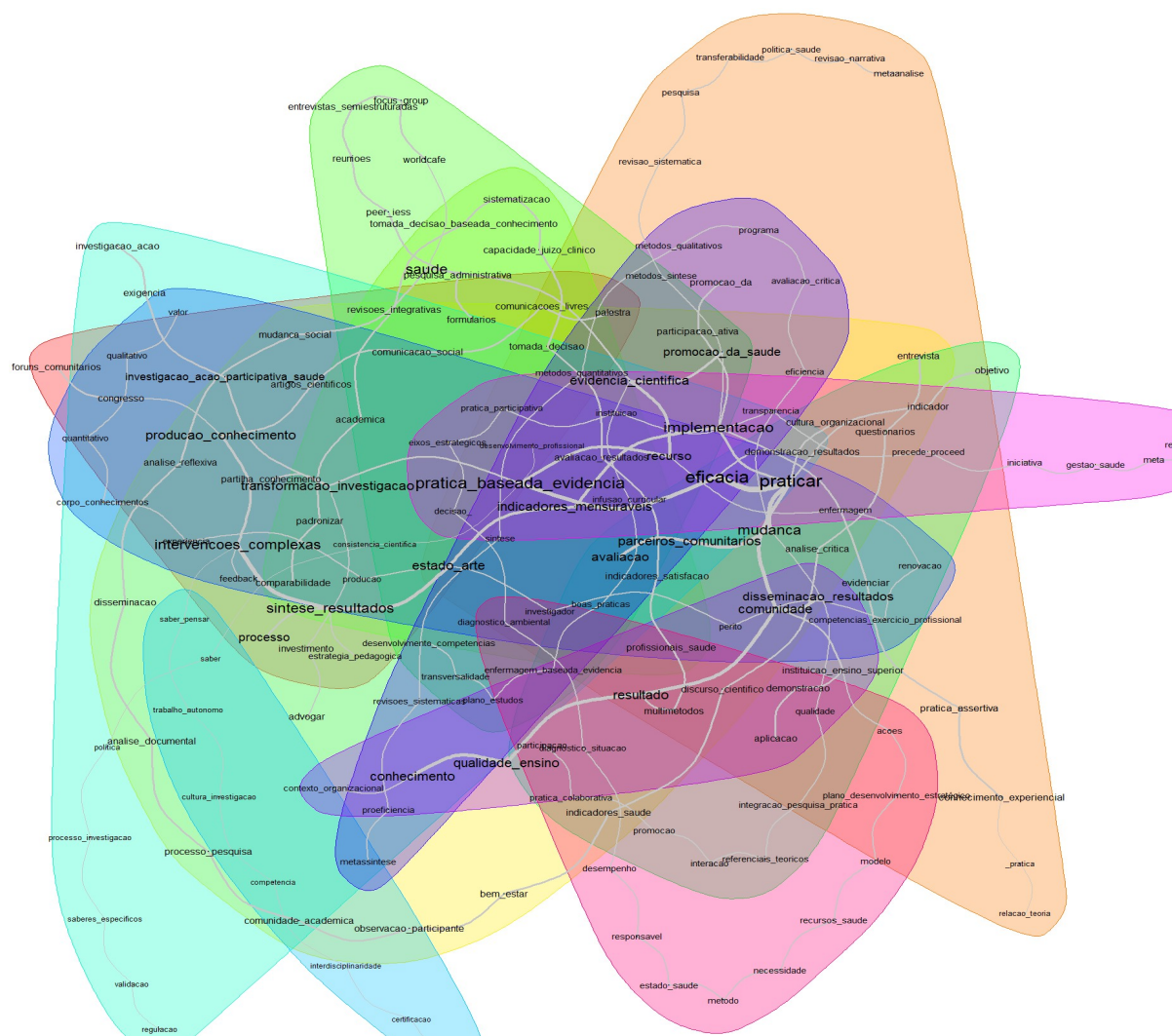


Figura 18: Árvore das similitudes – Prática baseada na evidência

Aperfeiçoamento profissional e prática ética

O programa IRAMUTEQ reconheceu a separação do corpus da sétima questão/indicador ACHA (2012) – Aperfeiçoamento profissional e prática ética, em 7 textos e que se repartem por 34 segmentos de texto. Pela análise estatística, lexical simples, nesses segmentos foram identificadas 171 formas e 1349 ocorrências. O número de hápax é de 19, e que corresponde a 1,4% das ocorrências e 11,1% das formas, com uma média de ocorrências por unidade de contexto de 192.

Da análise de especificidades e da análise fatorial de correspondência (AFC), no corpus da questão 1 foram classificados 29 segmentos de texto em 34, o que corresponde a 85,3% agrupados em 5 classes. Nesta análise, verificamos, que o número de formas ativas com frequência superior a três é de 149 e a média de formas ativas por segmento é de 39,9.

Pela análise da figura 19, observamos que as classes 2 e 3 se encontram próximas e ligadas entre si, e ligadas com a classe 4. Verifica-se, também, que a classe 4 tem afinidade à classe 1, esta, por sua vez, tem ligação com a classe 5. No cruzamento com a tabela de perfil de classe podemos observar que a classe 1 corresponde a 17,2% do total do corpus, a classe 2, 3, 4 e 5 correspondem a uma percentagem igual de 20,7% cada uma. As classes 1, 2, 3 e 4 são constituídas por um discurso transversal a todos os participantes, representado 79,3% do *corpus*. O representante dos estudantes é o mais representativo do discurso da classe 5, correspondendo a 20,7% do *corpus*. Para cada uma das classes é apresentado no dendograma (figura 19) a sua categorização, o valor percentual em relação ao total do *corpus* analisado e as palavras que constituem as respectivas classes. Observamos cinco classes que determinam as representações do aperfeiçoamento profissional e prática ética, agrupando-se com uma classificação estável e definitiva, compostas por vocabulário semelhante, em quatro *clusters*.

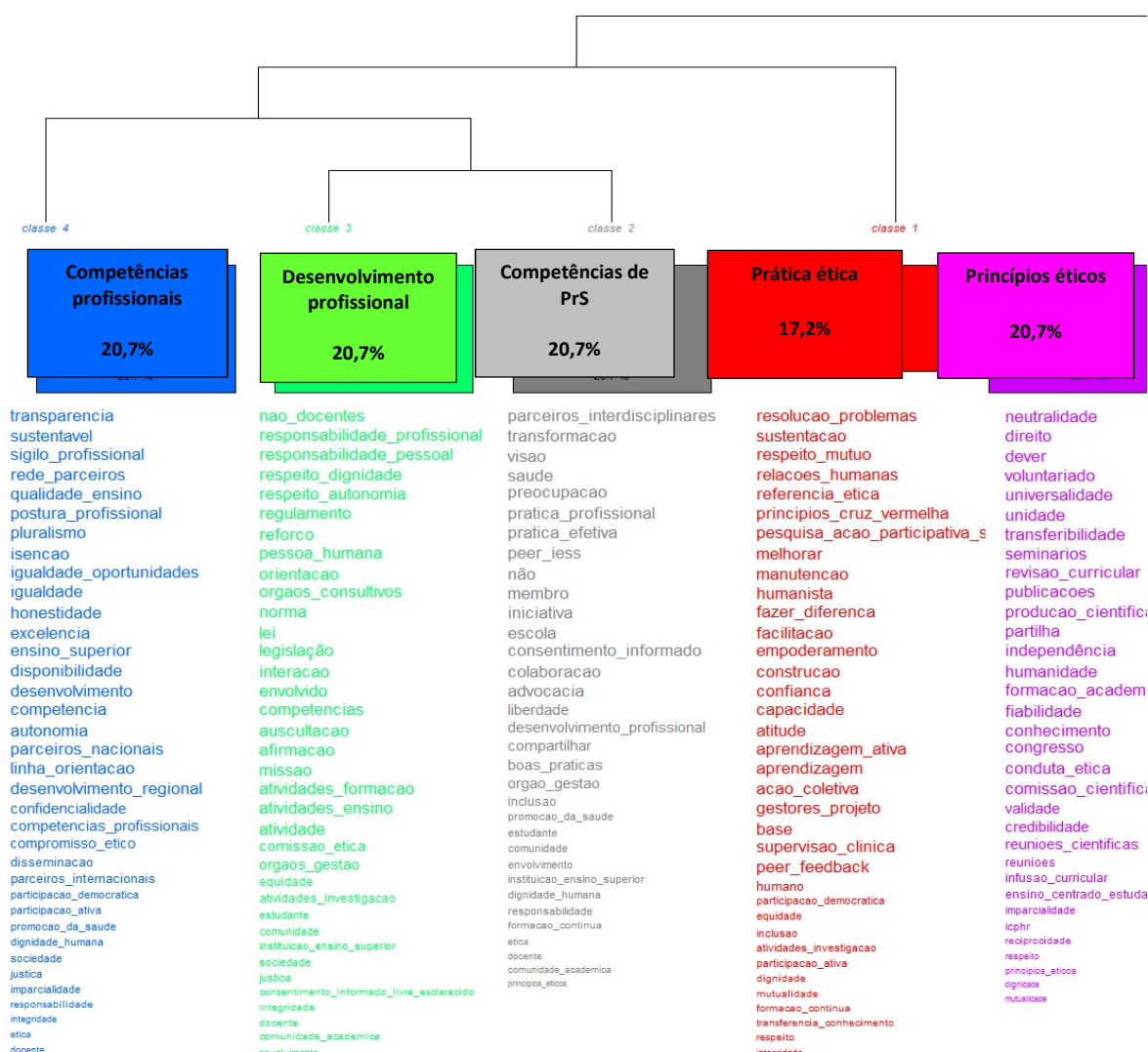


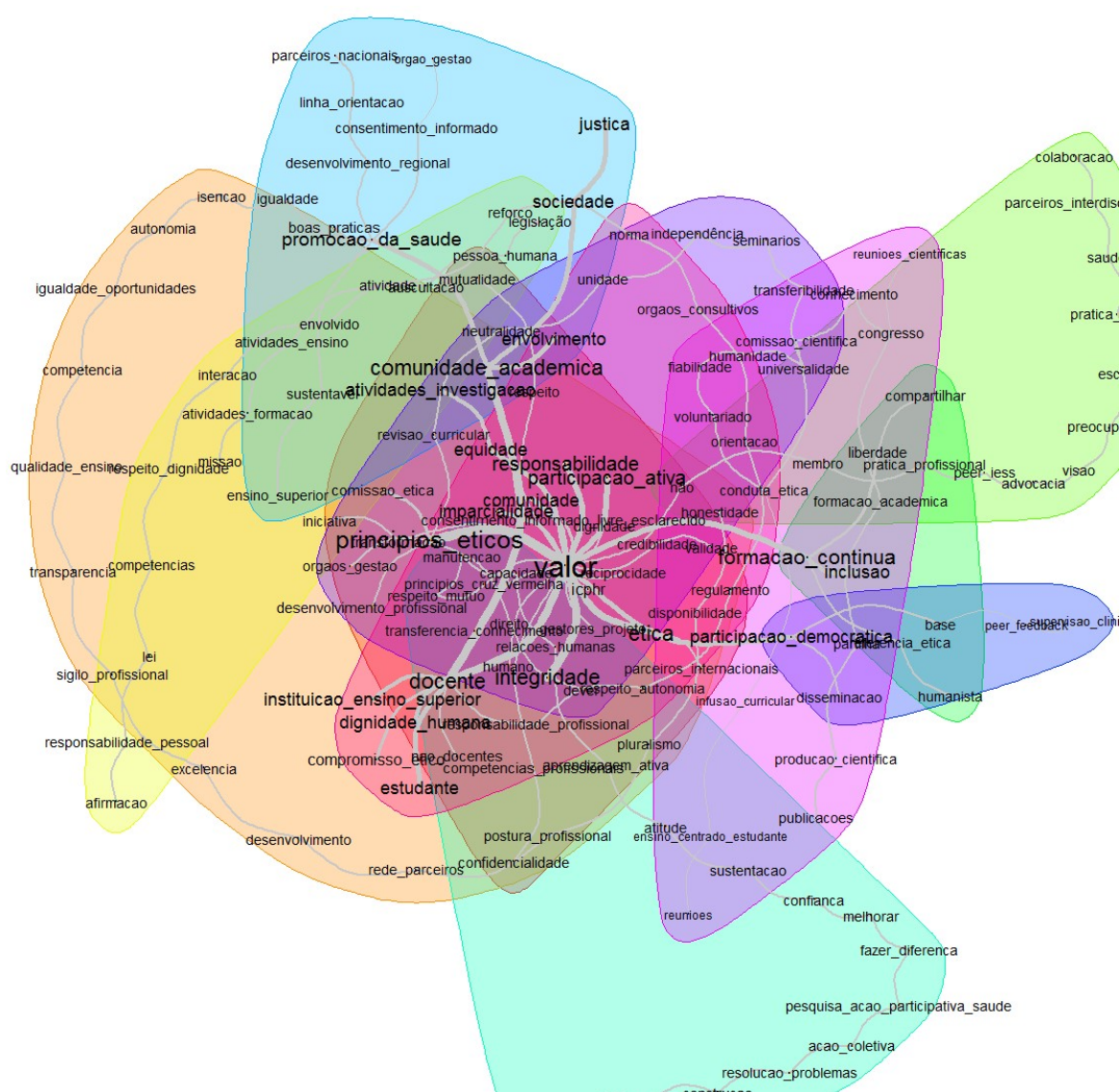
Figura 19: Dendograma - aperfeiçoamento profissional e prática ética

Ao cruzarmos os resultados obtidos, nas três fases de análise do IRAMUTEQ, torna-se evidente que a classe 1 é a menor do corpus e a classe 5 encontra-se em oposição às restantes. A classe 1 possui 5 dos 29 segmentos retidos, o que corresponde a 17,2% do corpus analisado. Esta classe categorizada por «prática ética», sendo uma classe fortemente marcada por formas associadas à aplicação dos princípios éticos na investigação, na promoção da saúde e no processo ensino-aprendizagem. São ilustrativas desta categoria, as formas: “resolução de problemas”; “respeito mútuo”; “relações humanas”; “pesquisa acção participativa em saúde”; “supervisão clínica”; “*peer-feedback*” e “empoderamento”. Esta classe encontra-se ligada à classe 5 «princípios éticos» e é a mais representativa do discurso do estudante, refletindo os princípios e os valores que promovem as políticas de saúde e bem-estar que por sua vez contribuem para que a Escola se assuma como um contexto académico promotor de saúde. É ilustrativo desta classe: “neutralidade”; “direito”; “dever”; “voluntariado”; “universalidade”; “humanidade”; “transferibilidade”; “conhecimentos” e “ensino centrado no estudante”.

As classes 3 e 2 estão ligadas o que demonstra a relação entre o «desenvolvimento profissional» e as «competências de PrS», assumidas como um valor fundamental desta IES. São ilustrativos da classe 2, as seguintes formas: “parceiros”, “interdisciplinaridade”, “transformação”, “PEER-IESS”, “consentimento informado”, “advocacia”, “liberdade” e “boas práticas”. A classe 3 «desenvolvimento profissional» tem como elementos, “não docentes”, “responsabilidade profissional”, “responsabilidade pessoal”, “respeito”, “dignidade”, “autonomia”, “atividades de formação”, “formação e ensino”. Fortemente relacionada com estas duas classes, surge a classe 4 «competências profissionais», que reforça a importância da participação regular em atividades de desenvolvimento profissional como forma de desenvolvimento de competências para a promoção da saúde em contexto do ensino superior. São ilustrativos desta classe, “transparência”, “sigilo profissional”, “postura profissional”, “qualidade de ensino”, “pluralismo”, “isenção”, “autonomia” e “honestidade”.

A análise da árvore de similitudes (figura 20) permite-nos visualizar a relação entre as formas e a sua conexão no discurso dos participantes, agrupadas em comunidades lexicais representativas dos seus elementos (Marchand & Ratinaud, 2012).

Podemos observar que o elemento de maior centralidade é “valor”. Este elemento ramifica-se em “princípios éticos”, “docentes”, “integridade”, “ética”, “formação contínua”, “participação ativa”, “responsabilidade” e “equidade”. Da leitura da árvore de similitudes, verificou-se que existe uma ligação forte entre “docentes” e “estudantes”, evidenciado pela espessura do seu ramo de ligação e interceção com o elemento “dignidade humana”. Está presente no discurso dos participantes, uma ligação entre o respeito pela dignidade humana



A prática efetiva da promoção da saúde no ensino superior exige profissionais envolvidos, com competências e com uma prática ética (ACHA, 2012). Isto implica aplicar os princípios éticos para a prática da promoção da saúde; participar regularmente em atividades de desenvolvimento profissional; apoiar os outros no reforço das suas competências de PrS e contribuir profissionalmente para o domínio da promoção da saúde.

Em resultado, o processo de transformação de uma IES de enfermagem numa instituição de ensino superior promotora de saúde, através da aplicação de um modelo *bottom up* de pesquisa-ação participativa em saúde (PEER-IESS), promove o desempenho socioecológico, cultural, político, ético e deontológico, científico e de aperfeiçoamento contínuo e, ainda, o envolvimento dos estudantes, tendo em vista a aquisição de competências para o exercício da profissão.

4.8.2. Avaliação dos contributos do processo de implementação do PEER-IESS na aquisição de competências para o exercício da profissão

Na avaliação dos contributos do processo de implementação do modelo PEER-IESS, na aquisição de competências para o exercício da profissão, compreendemos que, no desenvolvimento do processo de PaPS e pelo papel ativo que os estudantes assumiram no processo, sobretudo nas intervenções de PrS como educadores pelos pares, os relatos dos estudantes se enquadraram de forma clara no referencial das competências dos enfermeiros de cuidados gerais regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2012). Enquadramos a codificação das unidades de registo de acordo com os domínios e, dentro destes, codificamos de forma sequencial de acordo com as competências e os respetivos critérios. Assim, verificamos que das 132 unidades de registo, 28 (21,2%) se enquadram no domínio “A - Responsabilidade profissional, ética e legal”. Destas, 20 (71,4%) correspondem à competência “A2 - Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico” e as restantes unidades de registo à competência “A1 - Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade”.

Note-se que na competência “A1 - Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade”, os critérios de competência mais referidos concentram-se na “A1.1 - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora” e “A1.2- Reconhece os limites do seu papel e da sua competência”. Estes critérios de competência expressos pelos estudantes correspondem a 50% dos critérios definidos pela Ordem dos Enfermeiros para esta competência.

*“autonomia implica responsabilidade”; “responsabilidade”; “tomada de decisão”; “postura profissional”; “conseguir desenvolver capacidade para tomar decisões quando surgiam imprevistos”; “autocontrolo” (A1.1)
“encaminhamento de situações de risco”; “Assumir o erro” (A1.2)*

Na competência “A2 - Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico”, os critérios de competência aludidos foram os seguintes: “A2.5 - Exerce de acordo com o Código Deontológico”; “A2.6- Envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisão éticas”; “A2.7 – Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico”; “A2.9 – Garante a confidencialidade e a segurança da informação,

escrita e oral, adquirida enquanto profissional”; “A2.14 – Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados”; “A2.15 – Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos” e “A2.16 – Presta cuidados culturalmente sensíveis”. Estes critérios de competência expressos pelos estudantes correspondem a 46,7% dos critérios definidos para esta competência.

*“código deontológico”; “desenvolver competências éticas para a prática”; “competências ético-deontológicas” (A2.5)
“tomada de decisão” (A2.6)
“respeito pela cultura”; “respeito mútuo”; “respeito”; “respeito e humildade”; “manter o respeito em grupo e o saber estar em comunidade” “respeitar as decisões do grupo” (A2.7)
“confidencialidade da informação obtida”; “confidencialidade da informação”; “garantir a confidencialidade dos dados”; “sigilo e confidencialidade” (A2.9)
“Abstenção de juízos de valor” (A2.14)
“toma em conta as vivências pessoais”; “sabe lidar com a diferença”; “compreensão”; “respeito pela opinião” A2.15)
“flexibilidade/adaptação ao contexto e ao momento” (A2.16)*

No domínio “B - Prestação e gestão de cuidados” enquadram-se 87 (65,9%) unidades de registo. À competência “B2 - Contribui para a promoção da saúde” correspondem 32 (36,8%) das unidades de registo; “B3 - Utiliza o Processo de Enfermagem” 20 (22,9%) e à “B1 - Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados” 17 (19,5%), que correspondem às competências com maior expressão neste domínio - 69 unidades de registo (79,3%).

Na competência “B1 - Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados”, os critérios de competência expostos focam-se na “B1.20 - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de Enfermagem”, “B1.21 - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências”, “B1.22 - Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na Enfermagem e nos cuidados de saúde”, “B1.23- Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas”, “B1.24- Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados” e “B1.26 - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências”. Estes critérios de competência expressos pelos estudantes correspondem a 50,0% dos critérios definidos para esta competência.

*“conhecimentos científicos”; “conhecimentos relacionados com dinâmicas de grupo”; mobilização de conhecimento” (B1.20)
“prática baseada na evidência”; “investigação em saúde”; “investigação ação participativa”; “mobilização de conhecimentos adquiridos”; “mobilização de conhecimentos”; “aquisição e consolidação de conhecimentos e experiências”; “a partilha fez com que o grupo aprofundasse conhecimentos por forma a transmitir informação fiável” (B1.21)
“criatividade”; “conquista/desafio” (B1.22)
“resolução de problemas” (B1.23)
“pensamento crítico-reflexivo”; “tomada de decisão” (B1.24)
“capacidade de gestão de conteúdos”; “gestão do tempo” (B1.26)*

Na competência “B2 - Contribui para a promoção da saúde”, foram referenciados os seguintes critérios de competência: “B2.32 – Demonstra compreender as políticas de saúde

e sociais”; “B2.33 - Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades “; “B2.34 - Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde “; “B2.35 - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação”; “B2.36 – Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde”; “B2.37 - Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis”, “B2.39 – Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades”; “B2.42 - Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades”. Estes critérios de competência expressos pelos estudantes correspondem a 66,6% dos critérios definidos para esta competência.

“políticas de saúde” (B2.32)
 “co-criação” (B2.33)
 “holismo” (B2.34)
 “educar para a saúde”; “promoção da saúde em grupos específicos-estudantes do ensino superior”; “adequação das atividades de promoção da saúde”; “proatividade”; “promoção para a saúde”; “a promoção da saúde e prevenção da doença em diferentes contextos (na escola e na comunidade) e com diferentes grupos etários” (B2.35)
 “gerir recursos”; “aplicar recursos existentes e criar recursos”; “gestão de intervenções complexas na intervenção em contextos recreativos” (B2.36)
 “empoderamento”; “empoderamento em saúde”; “capacitar para a manutenção de comportamentos saudáveis”; “capacitação”; “conscientização”; “mudança de comportamento no público-alvo”; “dar autonomia”; “dar autoestima”; “capacidade de negociação”; “autoconfiança”; “capacitar para a tomada de decisão” (B2.37)
 “valorizar o interesse dos outros”; “crenças e valores da saúde” (B2.39)
 “conceber materiais para a intervenção na promoção da saúde”; “criar e organizar métodos lúdicos para a promoção da saúde”; “métodos e etapas do planeamento em saúde”; “explorar novos temas abordados nas sessões”; “experenciarmos as etapas da educação para a saúde”; “planeamento das sessões”; “planeamento em saúde” (B2.42)

Na competência “B3 - Utiliza o Processo de Enfermagem” foram referenciados os seguintes critérios de competências: “B3.44 – Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de Enfermagem”; “B3.46 - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ ou cuidadores”; “B3.48 – Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados “ “B3.49 – Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores”; “B3.52 – Documenta o processo de cuidados”; “B3.53 – Implementa os cuidados de Enfermagem planeados para atingir resultados esperados”; “B3.56 - Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente”; “B3.58 – Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados”; “B3.59 – Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados”; “B3.60 – Utiliza os dados da avaliação para alterar o planeamento dos cuidados”. Estes critérios de competência expressos pelos estudantes correspondem a 58,8% dos critérios definidos para esta competência.

“pesquisa de dados” (B3.44)
“participação”; “capacidade para realizar diagnósticos”; “saber trabalhar tendo por base um diagnóstico de saúde”; “realizar o planeamento das intervenções de acordo com os resultados do diagnóstico inicial”; “diagnóstico/intervenção”; “planeamento conjunto”; “planeamento, execução e avaliação das intervenções”; “promoção de intervenções de enfermagem”; “respeito pela opinião” (B3.46)
“consentimento informado” (B3.48)
“estabelecer prioridades” (B3.49)
“elaboração de planos e relatórios” (B3.52)
“dinamização de atividades” (B3.53)
“demonstrar flexibilidade de forma assertiva na resolução de problemas”; “saber lidar com situações inesperadas”; “adaptação a novas situações” (B3.56)
“avaliação” (B3.58)
“meta alcançada” (B3.59)
“capacidade de reflexão face ao feedback” (B3.60)

Na competência “B4 - Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes” os critérios de competências referenciados foram apenas o “B4.61 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais” e o “B4.66 - Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada” Estes critérios de competência expressos pelos estudantes correspondem a 28,6% dos critérios definidos para esta competência.

“capacidade comunicacional e relacional”; “comunicação e flexibilidade”; “comunicação”; “relação empática”; “relação de ajuda”; “negociação”; “captação da atenção”; “escuta ativa” (B4.61)
“aquisição de novas estratégias de comunicação” (B4.66)

Na competência “B5. Promove um ambiente seguro”, foi apenas referenciado um critério de competência “B4.69 - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais”. Este critério de competência expresso pelos estudantes corresponde a 20,0% dos critérios definidos para esta competência.

“segurança” (B5.69)

Na competência “B6. Promove cuidados de saúde interprofissionais” foram referenciados os seguintes critérios de competência: “B6.73 - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes”; “B6.74 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa” e “B6.75 - Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração”, correspondendo a 42,9% dos critérios definidos para esta competência.

“partilha de conhecimento” (B6.73)
“interacção pelos pares”; “desenvolvimento de relações interpessoais e interprofissionais”; “trabalhar com professores e funcionários ao mesmo tempo” “interacção entre pares e co-responsabilização” (B6.74)
“trabalha em equipa” (B6.75)

Na competência “B7 - Delega e supervisiona tarefas” foi referenciado apenas um critério “B7.82 - Mantém responsabilidade quando delega aspetos dos cuidados noutros”, correspondendo a 33,3% dos critérios definidos para esta competência.

“competências de liderança; “responsabilidade” (B7.82)

No domínio “C- Desenvolvimento Profissional” enquadram-se 17 (12,9%) das unidades de registo. Foi na competência “C1 - Contribui para a valorização profissional” que se observou o maior número de unidades de registo 9 (52%), seguida da “C3 - Desenvolve processos de formação contínua” com 6 unidades de registo (35,3%) e da “C2 - Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem”, com 2 (11,7%).

Na competência “C1 - Contribui para a valorização profissional”, os critérios de competência identificados pelos estudantes foram os seguintes: “C1.83 - Promove e mantém a imagem profissional da Enfermagem”; “C1.85 - Contribui para o desenvolvimento da prática de Enfermagem”; “C1.86 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados” e “C1.88 - Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de Enfermagem e dos cuidados de saúde”, que correspondem a 66,7% dos critérios definidos para esta competência.

*“perceção da importância das intervenções dos enfermeiros na comunidade” (C1.83)
“crescimento/melhor compreensão da profissão” (C1.85)
“prática baseada na evidência”; “investigação em saúde”; “investigação ação participativa”; “construção do conhecimento em
ação colaborativa”; “diversificação das metodologias de pesquisa” (C1.86)
“competência de liderança”; “desenvolvimento do processo de autonomia/liderança e gestão de conflitos” (C1.88)*

Na competência “C2 - Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem” o critério de competência referenciado foi “C2.90 - Participa em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade”, que corresponde a 50,0% dos critérios definidos para esta competência.

*“desenvolvimento de novas formas de organização do trabalho em grupo (interação entre pares e co-responsabilização”;
“padrões de qualidade” (C2.90)*

Na competência “C3 - Desenvolve processos de formação contínua” os critérios de competência referenciados foram o “C3.92 - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção e aperfeiçoamento das competências” e “C3.93 - Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua”, que correspondem a 33,3% dos critérios definidos para esta competência.

*“formação para intervenção em contextos recreativos”; “formação para intervenção comunitária”; “formação”; “aquisição de
conhecimentos na prevenção de risco para a saúde como IST's, álcool, tabaco, drogas” (C3.92)
“formação pelos pares”; “aprendi com os outros” (C3.93)*

Podemos concluir que os estudantes, no conjunto das competências, identificaram todos os domínios das mesmas. Nestes dados é visível que o envolvimento numa atividade de mobilização comunitária pode proporcionar a aquisição de competências para a profissão.

De seguida, e para tornar mais fácil e mais rápida a identificação dos referidos domínios, quantificamos as unidades de registo segundo os domínios do perfil de competências do

enfermeiro de cuidados gerais (gráfico 2). Pela análise, verificamos que os contributos mais relevantes se enquadram no domínio “B - Prestação e gestão de cuidados”, com especial ênfase nas competências “B1 - Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados”, “B2 - Contribui para a promoção da saúde” e “B3 - Utiliza o Processo de Enfermagem”. De acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros (2012) os descritivos que enformam estas competências vão ao encontro das fases de implementação do modelo PEER-IESS, uma vez que referem que o enfermeiro, suportado nos conhecimentos técnico-científicos, capacita o indivíduo, família e comunidade para a promoção da saúde, mobilizando os recursos da comunidade, através da metodologia do processo de enfermagem.

A valorização da competência “B3 - Utiliza o Processo de Enfermagem” surge do facto dos estudantes compreenderem que as intervenções de PrS desenvolvidas durante a implementação do modelo PEER-IESS são, em si mesmas, resultantes da aplicação do processo de cuidados de enfermagem.

Verificamos, ainda, um contributo relevante na competência “A2 – Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros ético, deontológico e jurídico” incrementada pelos princípios éticos em que se alicerça a pesquisa-ação participativa de acordo com as orientações da ICPHR (2013b), nomeadamente, o respeito mútuo, a participação democrática, a ação coletiva e a igualdade e inclusão.

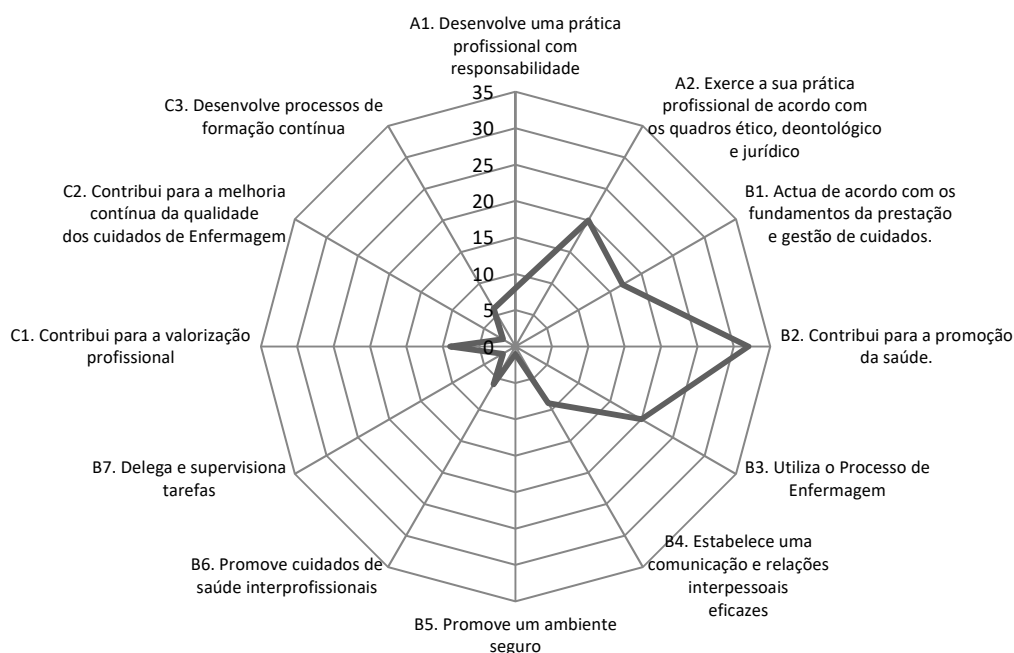


Gráfico 2: Distribuição das unidades de registo pelo Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

Na resposta à questão “Qual o significado atribuído à participação nas atividades de promoção da saúde no âmbito do PEER-IESS?” os estudantes relataram um conjunto de expressões que foram sujeitas a análise de conteúdo, agregadas de acordo com as categorias que delas emergiram. Da análise surgiram categorias como identidade profissional, conhecimento pessoal, desenvolvimento de competências científicas, processo criativo e conhecimento emancipatório.

No discurso dos participantes, a identidade profissional emergia como uma categoria relevante no processo de significação das atividades de promoção da saúde. Os participantes consideraram que as atividades de promoção da saúde no âmbito do PEER-IESS permitiram a construção da identidade profissional como “(...) um tipo de identidade coletiva, com base em traços ou características comuns a todos que exercem determinada atividade” (Campos & Oguisso, 2008, p. 893). “Partindo do pressuposto teórico de que a construção da identidade profissional é o produto de uma dialética constante entre o indivíduo e o seu entorno não só profissional mas também social, e em que se conjugam as diferentes representações (de outros e de si) sobre si próprio (...)” (Serra, 2011, p. 186). Vincula-se às “(...) relações sociais, profissionais e institucionais da enfermagem, da abordagem holística e humana ao cliente como traço característico da profissão (...)” (Ribeiro, 2009, p. 71). Para Serra (2011, p. 99) “o desenvolvimento da identidade de enfermeiro é um processo de socialização profissional que pressupõe a interiorização de um conjunto de valores profissionais, entendidos como o conjunto de atitudes, crenças e prioridades que norteiam o pensamento e a prática profissional e dão coesão ao grupo”.

*“Serviu para vincular a importância da intervenção do enfermeiro na comunidade”
“Crescimento enquanto futuro profissional da saúde”
“Espírito de equipa”
“Saber trabalhar com e para os outros”
“Importante para estabelecer interação”*

A construção da “(...) identidade profissional dos estudantes é coconstruída e vivida por estes a partir de outras dimensões da sua vivência no decorrer da vida académica e escolar, enquadráveis naquilo que na literatura vem sendo descrito como o currículo oculto” (Serra, 2011, p. 91), o que corrobora a relevância da implementação do modelo do PEER-IESS nas instituições de Ensino Superior a par do desenvolvimento curricular formal.

A construção da identidade profissional é fortemente incrementada pelo desenvolvimento pessoal (Shepherd, 2008). O desenvolvimento pessoal decorre de um conjunto de experiências que permitem a reconfiguração do *self* através de uma simbiose entre o meio envolvente e o nível intrapessoal (Pascual-Leone, Wolfe, & O'Connor, 2012), ao longo do seu percurso académico e profissional.

Num estudo desenvolvido por Clegg e Bufton (2008), o desenvolvimento pessoal dos estudantes de ensino superior está mais diretamente relacionado com as experiências proporcionadas pela vida académica, associadas às múltiplas relações de interação por esta proporcionada, do que com as aprendizagens decorrentes das atividades curriculares.

"Crescimento pessoal pela capacitação"
"Crescimento pessoal e profissional"
"Maior confiança na exposição de conhecimentos"
"Divertido pela interação com os pares"
"Recompensador"
"Melhora as relações interpessoais"
"Investimento pessoal"
"Capacidade de liderança"
"Enriquecedor"
"Espírito de iniciativa"
"Desenvolvimento de estratégias adaptativas"
"Autonomia adquirida com a participação nas atividades desenvolvidas"
"Aprendizagem mútua"
"Literacia"
"Ensino da literacia em saúde e obtenção de ganhos em saúde"
"Participativo"

Com a participação nas atividades de promoção da saúde através da implementação do modelo PEER-IESS os estudantes referem "(...) aprender a cuidar dos outros, aprende-se a cuidar de si próprio, utilizando as estratégias aprendidas para promover o desenvolvimento pessoal (...)" (Teixeira, 2014, p. 18). Os nossos resultados alinham-se com os do estudo desenvolvido por Teixeira (2014, p. 45) que refere "as mudanças mais significativas ao nível do desenvolvimento pessoal, foram o desenvolvimento de qualidades e capacidades pessoais, que capacitam e potenciam o self, capacidades relacionais, ao nível da interação com os outros e das perceções destas e dos outros em si, uma maior consciência da experiência e do *self* (...)".

Na participação das atividades de promoção da saúde no âmbito da implementação do modelo PEER-IESS os participantes atribuíram significado ao conhecimento empírico pelo seu impacto no desenvolvimento pessoal e na construção da identidade profissional. De acordo com Carper (1978) o padrão de conhecimento empírico é o mais difícil de ser alcançado, sendo contudo, fundamental na compreensão da saúde. O empirismo enquanto padrão de conhecimento em enfermagem significa que o conhecimento pode ser adquirido através das ciências e de outras bases metodológicas (Chinn & Kramer, 2015).

"Ganho de experiência na exposição dos conhecimentos adquiridos no curso"
"Enriquece o currículo"
"Interessante pela autonomia dada aos estudantes"
"Desenvolvimento de competências comunicacionais"
"Benefício pela troca de conhecimento"
"Promove o desenvolvimento cognitivo"
"Conhecimento de novos métodos de pesquisa e de trabalho do enfermeiro"
"Integração dos conhecimentos na prática"

A IES "(...) como construtora, transmissora e legitimadora do saber, precisa preocupar-se em criar situações de ensino-aprendizagem que permitam a apropriação e construção das

formas específicas de saber da disciplina” (Cestari, 2003, p. 41). A clarificação do tipo de conhecimento guia a prática dos estudantes de enfermagem e o pensamento crítico através da mobilização inovadora das estratégias educacionais (Lechasseur, Lazure, & Guilbert, 2011), desenvolvendo assim o processo criativo.

O processo de ensino-aprendizagem é fundamental no desenvolvimento do processo criativo que é enfatizado pelos estudantes, resultando da participação ativa nas atividades de promoção da saúde.

“Criativo”
“Fazer diferente”
“Inovador”
“Originalidade”
“Evolução continua”
“Criação de novas oportunidades”
“Espírito reflexivo”
“Saber transpor a criatividade para os cuidados”
“Cria dinamismo na ação e desenvolver a capacidade iniciativa”
“Saber transpor a criatividade para os cuidados”
“Aquisição de confiança/segurança na transmissão de conhecimentos e na ação”

O conhecimento emancipatório é a habilidade humana para reconhecer problemas sociais e políticos de injustiça ou iniquidade, de forma a transformar as coisas, juntando complexos elementos da experiência e do contexto na mudança de uma situação, tendo em vista melhorar a vida das pessoas (Chinn & Kramer, 2015). Em resultado, é notório no discurso dos participantes todo o processo de transformação que vivenciaram tomando por base a equidade social, a sustentabilidade e o *empowerment*, que permitiu gerar novos comportamentos fundamentados no processo criativo e no desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo.

“Transformação”
“Justiça social”
“Mais equidade”
“Gerar comportamentos novos”
“Transversalidade”
“Promover a saúde é uma responsabilidade de todos”
“Empoderamento”
“Perceção da importância de conhecer as verdadeiras necessidades de um grupo e poder, em parceria desenvolver estratégias para as intervenções”
“Interativo”
“Estabelecer parcerias para implementar intervenções sustentáveis”

Snyder (2014) enfatiza que as IES de enfermagem devem adotar um curriculum que suporte o desenvolvimento do conhecimento emancipatório de forma a providenciar a implementação de cuidados que garantam a justiça social, em particular nos membros da sociedade mais vulneráveis e marginalizados. O padrão de conhecimento emancipatório envolve o conhecimento do contexto para avançar nas relações equitativas e eliminar todas as situações que favorecem as relações de poder arbitrárias e subjugadas (Castaño, 2016). Estes significados foram reconhecidos pelos estudantes com a implementação do modelo PEER-IESS. Este é um enorme contributo para a consciencialização dos estudantes no que

se refere à justiça e equidade social (Chinn & Kramer, 2015), contribuindo, assim, para a construção da identidade profissional dos estudantes. No que se refere à promoção da saúde podemos ter uma visão emancipatória da promoção da saúde quando “(...) trabalhamos com processos que buscam potencializar os circuitos de comunicação em suas fases de produção-circulação-apropriação, como estratégias para minorar as desigualdades na produção e no acesso ao conhecimento e à informação” (Porto, Cunha, Pivetta, & Zancan, 2016, p. 1753).

Em resultado, todo este percurso permitiu um conhecimento aprofundado da IES de forma a dar intencionalidade às suas orientações e planeamento que definem as políticas de promoção de saúde. Esta é uma forma de dar visibilidade a ação da IES potenciando os recursos disponíveis com o envolvimento de toda a comunidade académica. É uma forma de *empowerment* da comunidade para que esta se sinta parte integrante de todo o processo de transformação, o que concorre para o seu sucesso de implementação e sustentabilidade.

5. FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

O processo de transformação da Escola numa IES promotora de saúde consistiu numa ação mobilizadora e transversal da IES, onde a disponibilidade e o trabalho contínuo de todos se constituiu como a chave do processo de mudança de políticas e paradigma das práticas instituídas. “A capacitação dos seus membros (estudantes e trabalhadores) permitiu que os mesmos, no exercício da sua responsabilidade individual e social pela saúde, façam escolhas saudáveis no dia-a-dia e se comprometam na defesa da saúde global a longo prazo, através do exercício da cidadania ou do desempenho de papéis com impacto nas futuras políticas de saúde ou nas tomadas de decisão sobre as mesmas” (Soares, Pereira, & Canavarro, 2014, p. 122).

Este tipo de pesquisa evidenciou reflexividade com valores explícitos, garantindo autenticidade, transparência e transferibilidade, sendo dada primazia ao contexto comunitário local. Os resultados demonstraram ser úteis, práticos e relacionais, com a análise e partilha de resultados, promovendo o *empowerment* individual e comunitário e a recomendação para implementação de políticas públicas. Demonstrou, à luz dos critérios da PaPs (ICPHR, 2013a), tratar-se de um processo de validade contextual, ou seja, a pesquisa relaciona-se com a situação da Escola. No entanto, tratando-se de um processo de implementação de um modelo, podemos concluir que seria útil replicá-lo em outros contextos, na medida em que poderá apresentar novas possibilidades para a transformação de outras IES (validade catalítica), envolvendo toda a comunidade no processo, sobretudo os elementos-chave (validade participativa).

A Escola cedo compreendeu que a dinâmica que se criou no sentido de comprometer a comunidade académica na promoção de políticas de saúde e bem-estar, que contribuíssem para um contexto académico promotor de saúde, traria contributos importantes no âmbito da sua missão e visão. Assim, veio realçar o seu papel como instituição de referência, e reforçou o reconhecimento pelo aumento significativo da partilha de informação entre colaboradores e estudantes, e do trabalho com os parceiros externos. Estes contributos levaram a uma melhoria das práticas pedagógicas, da qualidade de ensino, mais colaborativo e inovador, criativo e empreendedor. Docentes e estudantes envolveram-se mais em práticas transformadoras e em atividades académicas com o objetivo de incentivar

a cultura académica e, por exemplo, o desporto. A Escola ganhou nova vida, não só científica, mas também cultural, desportiva, de bem-estar e de promoção das relações interpessoais proativas. Os estudantes interessados foram capazes de tomar parte ativa no processo de investigação, em toda a extensão possível, aumentando a empatia e colaboração entre os participantes (Validade Empática). Os docentes passaram a assumir uma atitude facilitadora de processos geradores de saúde. A pesquisa foi sentida e vivenciada por todos como sendo credível e significativa, segundo uma variedade de perspetivas: dentro da comunidade educativa e pelos parceiros comunitários (Validade Intersubjetiva), pela evidência de práticas efetivas de promoção da saúde, numa abordagem socioecológica.

As pessoas incorporaram que a missão da IES vai muito para além do ensino, da formação e da investigação, devendo ser compreendida em sentido mais amplo, como um elemento catalisador e promotor do desenvolvimento social, económico, científico e cultural de uma comunidade de uma região e de um País. A investigação passou a fazer parte da sua atividade diária, onde os docentes se integram de uma forma natural e os estudantes de uma forma entusiasmante. Verificou-se uma mudança efetiva na compreensão de que a investigação promove o desenvolvimento de capacidades de transformação do conhecimento em competências, com capacitação para a tomada de decisão autónoma, baseada na evidência, através da resolução de problemas dos contextos. Neste sentido, a Escola passou a colocar os estudantes no centro da ação, criando, por um lado, condições favoráveis à promoção da saúde da comunidade académica e, por outro, a capacitar para a sustentabilidade e continuidade da Escola enquanto contexto promotor de saúde.

Pela participação de todos foi possível dar corpo e ampliar o reconhecimento da Escola pela investigação e desenvolvimento de boas práticas, com extensão e articulação com a comunidade académica regional, nacional e internacional, assumindo-se como um parceiro estratégico no âmbito da investigação interdisciplinar. Em simultâneo sedimentou-se a ideia de, que o comprometimento entre os pares o “voluntariado, a responsabilidade social, a dinamização de redes com instituições nacionais e internacionais de âmbito educativo e empresarial assim como, a adoção de comportamentos ecológicos sustentáveis” (ESENfCVPOA, 2014, p. 8), seriam determinantes para a sustentabilidade da Escola. Também, um importante contributo inovador que esta pesquisa acrescentou, foi justamente, a ideia de “(...) promover políticas de saúde e bem-estar que contribuam para um contexto académico salutogénico” (ESENfCVPOA, 2014, p. 8), através de uma ação transformadora, multidisciplinar e mobilizadora da comunidade educativa e de extensão à comunidade, com impacto positivo na literacia em saúde e na adoção de estilos de vida compatíveis com a proteção da saúde individual e coletiva.

Os resultados da investigação e as mudanças ocorridas sobre as pessoas pela pesquisa foram sólidos e justos (Validade Ética). Para a concretização da sua missão, a ESEnfCVPOA passou a orientar-se pelos seguintes valores: conhecimento - promoção da inovação, da criatividade, do empreendedorismo, criação de conhecimento científico, cultural e artístico; competências - capacidade de transformar conhecimento em competências, com capacitação para a tomada de decisão autónoma, baseada na evidência e na resolução de problemas dos contextos atuais; ética - cultivar a responsabilidade e prática profissional, agindo com respeito e transparência, salvaguardando a liberdade intelectual para ensinar e investigar, autonomia e independência; responsabilidade social - cultivar o compromisso social, favorecendo uma relação de maior credibilidade junto dos parceiros, reforçando a imagem organizacional na região e no País; solidariedade - prestar apoio e auxílio voluntário, a todos os que evidenciem necessidades, de proteger a vida, a saúde e o respeito pela pessoa humana; transparência: equidade de acesso e tratamento, independentemente do sexo, da ordem social, de cariz cultural, étnico, político ou religioso; confiança - promover uma visão positiva de reconhecimento, com base nos valores e princípios fundamentais da CVP (ESEnfCVPOA, 2014).

Ao nível das políticas da Prestação de Serviços à Comunidade a Escola já valorizava e desenvolvia uma relação permanente com a comunidade, favorecendo uma relação de maior credibilidade na rede de parceiros e fortalecendo a sua imagem, colocando em prática novas formas de intervir na e com a comunidade, com a participação de estudantes e docentes. Estas orientações encontram-se evidenciadas, no Plano de Desenvolvimento Estratégico 2015-2019 “(...) promover uma interação multidimensional com as instituições sociais, os tecidos económico-produtivo, cultural e social, e desenvolver uma estratégia própria de valorização do conhecimento em saúde, de incubação de projetos promotores da saúde e bem-estar das populações, de promoção do empreendedorismo e de intervenção efetiva na esfera social” (p. 30). O GPSC alterou o seu paradigma de intervenção, tendo criado cinco linhas de ação que respondem ao “Referencial 7 - Colaboração Interinstitucional e com a Comunidade”, definido pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior: prestação de serviços ao exterior; componente pedagógica através da colaboração interinstitucional; Integração em projetos e parcerias nacionais; ação cultural, desportiva e artística no exterior; contributo para o desenvolvimento regional e nacional. Desde então passou a elaborar um plano de ação com um conjunto muito vasto de atividades no âmbito da promoção da saúde e prevenção de riscos, na melhoria da literacia em saúde e na capacitação da comunidade, entre outras áreas culturais, desportivas e artísticas, com o intuito de contribuir para o bem-estar da comunidade e para o desenvolvimento regional e nacional. Passou, também, a desenvolver atividades de

consultadoria, especialmente com o município e agrupamentos de Escolas do concelho. Colabora com diferentes instituições de ensino, saúde, de solidariedade social, fundações e outras associações regionais, através de acordos interinstitucionais.

A criação de uma bolsa de voluntários, que se tem vindo a construir desde 2013, tem-se mostrado como uma boa medida para aquisição e desenvolvimento de competências dos estudantes e, simultaneamente em estreita colaboração com o GAEIVA tem-se garantido a continuidade das atividades de promoção da saúde e de melhoria da literacia em saúde. A partir de 2016, os voluntários têm vindo a ser integrados na Juventude CVP Nacional, aspeto que se tem revelado muito positivo na medida em que têm colaborado em atividades de intervenção com expressão nacional e internacional (Ex: *Youth Training of Volunteers on the human-trafficking prevention*", organizada pela Juventude Cruz Vermelha e o Centro para a Cooperação no Mediterrâneo, da Cruz Vermelha Espanhola).

A nível das políticas de apoio e incentivo ao desporto resultou, em janeiro de 2012, na constituição de uma equipa de Futsal, com a participação de estudantes e ex-estudantes, docentes e não docentes, tendo vindo a participar anualmente em torneios regionais e nacionais; caminhadas, aulas de zumba, ginástica laboral, yoga, reiki e ginástica. Estas atividades enquadram-se nos pressupostos da Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar 2016-2025 preconizados pela Direção Geral da Saúde quando assume que “no que respeita ao Ensino Superior deverão também ser analisadas as situações em que se podem melhorar os índices de prática da atividade física junto destes estudantes e encontrar soluções que contribuam para promover essa prática, dada a baixa prevalência da mesma” (DGS, 2016, pp. 24-25).

No âmbito das políticas de apoio ao associativismo, a Escola desenvolve uma estratégia concertada com a associação académica e os antigos estudantes, bem como com as tunas feminina e masculina, para que o plano de atividades seja devidamente articulado entre as partes. Anualmente é formalizado um protocolo entre a Associação Académica e o Município, em que são atribuídas verbas e apoio logístico para as diferentes atividades de natureza cultural, desportiva e artística. Desde 2015 participamos no “Mercado à Moda Antiga”, no qual se recria os trajes e costumes da Enfermagem CVP de outros tempos.

O GAEIVA disponibiliza um conjunto de serviços com o objectivo de proporcionar apoio psicológico, individual ou grupal, num espaço privilegiado para abordar diferentes problemáticas, relativas a todas as questões da vivência pessoal e/ou académica. “O investimento na saúde mental é um recurso inteligente que incrementa o vigor social de qualquer nação (...)” (Nogueira, 2017, p. 215). Com o aumento progressivo do investimento em atividades vocacionadas para o bem-estar da comunidade académica, este serviço tem

procurado acompanhar esta dinâmica através, desde logo, de uma boa integração e adaptação dos novos estudantes no início de cada ano letivo, o que se tem reflectido naturalmente em implicações psicológicas positivas para os estudantes. Esta procura dos contributos efetivos para a saúde e bem-estar dos estudantes é um propósito que se prolonga ao longo do ano, através da identificação de situações que necessitem de ajuda psicológica ou de encaminhamento em termos de saúde. O desenvolvimento de competências de natureza relacional, comportamental e social é, igualmente, um objetivo estratégico, que se concretiza através de ações de formação específicas e participação efetiva, por exemplo, na rede social do concelho, Conselho Local de Ação Social de Oliveira de Azeméis. Temos vindo a realizar atividades que promovem níveis adequados de descontração, através do ensino e treino de estratégias de relaxamento eficazes, implementadas em situações potencialmente indutoras de stresse, provas de avaliação, situações de ensino clínico ou outras. São, igualmente, realizadas ações de promoção da saúde mental e física, dirigidas aos estudantes, por vezes, como o apoio de entidades externas.

Ao nível das políticas de reconhecimento do mérito e da ação social a Escola tem vindo a criar e atribuir um conjunto de prémios e implementar mecanismos de apoio de diversa ordem, ajustados às necessidades dos estudantes, tendo em vista promover uma melhoria efetiva na utilização das ferramentas disponíveis, trabalhar no sentido de encontrar um conjunto de benefícios alinhados com a responsabilidade social que, por sua vez, contribuam para a diminuição do stresse do estudante e família, relacionado com as suas dificuldades financeiras, nomeadamente, através da residência para estudantes.

No campo da responsabilidade social cultivamos o compromisso social enquanto agente de promoção social, favorecendo uma relação de maior confiabilidade e credibilidade entre a Escola e os diferentes parceiros/redes, reforçando e fortalecendo a imagem organizacional junto da cidade, da região e do país.

Em síntese apresentamos os diferentes objetivos estratégicos da política institucional com a definição das ações para a concretização dos mesmos, assinalando o que concorre de novo para a saúde e bem-estar dos estudantes, colaboradores e comunidade envolvente:

Melhorar a qualidade do ensino e da aprendizagem: sensibilização dos estudantes para a utilização e rentabilização do tempo destinado ao “Atendimento ao Estudante” – *tutoring/coaching* e monitorização dos níveis de satisfação dos estudantes.

Promover a eficiência pedagógica e sucesso escolar: Inclusão nas unidades curriculares de conteúdos que permitam/valorizem a aquisição de competências de natureza

extracurricular. Identificação e apoio dos estudantes em situações de risco, através de um Plano Individual de Acompanhamento. Promoção da eficiência na gestão do stresse dos estudantes e criação de prémios de mérito.

Fomentar a empregabilidade e empreendedorismo dos Diplomados: Promoção de forma programada de atividades facilitadoras da inserção no mercado de trabalho e vida ativa.

Intensificar a política de prestação de apoio diferenciado aos estudantes carenciados: Criação de iniciativas inovadoras que promovam a continuidade de incentivos financeiros e de habitação aos estudantes, pela criação de parcerias com entidades externas.

Intensificar uma política de prática desportiva, cultural e recreativa para um número cada vez maior de estudantes: Manutenção da equipa de futsal com a participação em Torneios regionais e nacionais. Implementação de programas de atividades designadas de “Saúde e Bem-estar” com a participação dos docentes.

Utilizar de forma racional os recursos de água e energia: Estimar a pegada de carbono atual da Escola e fixar uma meta realística para a sua redução, definindo também os procedimentos a adotar. Definir e implementar um programa de eficiência energética.

Valorizar a imagem de uma Escola ecológica/verde: Envolver toda a comunidade educativa no programa de recolha e triagem de resíduos perigosos. Promover ações de sensibilização sobre a sustentabilidade ambiental, asseguradas por especialistas em Saúde Pública.

Otimizar as parcerias com o município, tecido empresarial, IPSS e outras instituições, numa ótica de intervenção privilegiada na área da saúde das suas populações: Manter e ampliar a rede de parcerias. Desenvolver projetos de intervenção comunitária junto dos parceiros. Criar protocolos de colaboração privilegiada com tecido empresarial e outras instituições, na área da Saúde Ocupacional.

Dinamizar atividades de comunicação científica para a comunidade: Promover abertura à comunidade em geral do Plano Dias Temáticos. Participação em eventos científicos (conferências, seminários) junto da comunidade. Programação de visitas multidisciplinares de investigadores/empresas à Escola.

Dinamizar atividades de natureza cultural, artística, social e desportiva dirigidas à comunidade em geral: Promoção do voluntariado de cariz científico, cultural e social. Ações de natureza cultural e artística ao nível de docentes, estudantes e não docentes. Realização de espetáculos culturais potenciando protocolos com outros organismos.

Dinamização de atividades desportivas de representação da Escola na comunidade. Promoção de ações no âmbito da Promoção da Saúde Mental para a comunidade e entidades.

Criar uma Unidade de Saúde multiprofissional de prestação de serviços à comunidade: Contemplando em termos prioritários as áreas científicas das licenciaturas em funcionamento. Manutenção das intervenções comunitárias de acordo com o solicitado por entidades externas à Escola.

Otimizar as parcerias internacionais para a realização de projetos de investigação conjuntos: Apresentação à comunidade Educativa do *Joint International Project* – teses conjuntas nas áreas da promoção da saúde, auto-gestão terapêutica e saúde positiva.

Acreditamos que a definição destas políticas são um importante contributo para a manutenção de uma Escola ambientalmente sustentável, segura e saudável, pelo facto de incorporar as preocupações ambientais, da promoção da saúde e bem-estar no seu projeto educativo.

6. CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo teve como principal propósito transformar uma Escola Superior de Enfermagem num contexto promotor de saúde, através da implementação do modelo PEER-IESS (Brito & Mendes, 2009), tendo ficado compreensível o processo de transformação, o desempenho socioecológico, cultural, político, ético e deontológico, científico e o aperfeiçoamento contínuo, bem como, o envolvimento do “grupo semente” e participantes, na pesquisa-ação participativa em saúde, tendo em vista o desenvolvimento de contextos promotores de saúde e a aquisição de competências para o exercício da profissão. Neste sentido, podemos afirmar que os objetivos delineados foram atingidos, assim como, cumpridas todas as etapas, atividades e procedimentos previstos. O “grupo semente” demonstrou envolvimento, trabalho coletivo e colaborativo, compromisso e profissionalismo na sua participação e nas intervenções de PrS, aspetos determinantes para a mobilização comunitária, que se pretendia. O desenho deste estudo permitiu reforçar a ideia de que a PaPS tem como propósito trabalhar na perspetiva da coparticipação e coprodução de conhecimentos onde todos os sujeitos se envolvem e se corresponsabilizam pelo processo de transformação, sustentado pelo modelo PEER-IESS, sendo o primeiro passo para a validação de uma estratégia que venha a envolver mais IES de enfermagem.

No âmbito da implementação do modelo PEER-IESS, o estudo centrou-se nos critérios que caracterizam as IES como contextos promotores de saúde, levando a ESEnfCVPOA a assumir o compromisso institucional de promoção da saúde, de envolvimento da comunidade educativa, à luz do pressuposto da mudança da cultura organizacional, das estruturas e das práticas, criando um contexto de ensino/aprendizagem saudável. Este compromisso levou a um conjunto de resultados dos quais destacamos: a promoção do bem-estar dos colaboradores, pelo desenvolvimento dos princípios da educação e saúde em contexto de trabalho; o desenvolvimento de conhecimentos na área da promoção da saúde e da literacia crítica em saúde dos estudantes; uma maior consciencialização da responsabilidade pessoal e social dos estudantes e advogar pelo bem-estar da comunidade e, ao mesmo tempo, ser reconhecida como um recurso da comunidade. Para além destes resultados, os participantes ao longo do processo de intervenção e partilha de conhecimentos e experiências obtiveram ganhos pessoais ao nível do seu autocontrolo da reorientação dos seus hábitos e estilos de vida, adquirindo competências para o

estabelecimento de novas prioridades com enfoque na promoção da saúde e prevenção da doença. Ao mesmo tempo, contribuíram, para o sucesso do movimento que se criou em torno dos objetivos da instituição, influenciando positivamente as suas políticas e práticas e, consequentemente, o bem-estar dos seus membros e da comunidade local. A implementação e validação do modelo PEER-IESS teve um alcance sublime e contínuo na sua forma de compreender e manter políticas de saúde sustentáveis, da compreensão e importância da transversalidade da aprendizagem coletiva e colaborativa, da partilha de informação e conhecimentos, na construção das evidências quer no campo da avaliação das intervenções, quer no campo da ética e do respeito pela diversidade e equidade, quer ainda, na capacitação individual, de grupo e institucional. O processo de transformação organizacional foi desenvolvido no período de tempo considerado necessário para permitir ao “grupo semente” e participantes adquirir conhecimentos e competências, especialmente de liderança de forma a envolver e desenvolver a comunidade académica. A liderança como suporte à transformação fundamentou-se na construção de relações interpessoais, na compreensão entre os pares, no profissionalismo, na autoconfiança, na aprendizagem colaborativa e no desenvolvimento de capacidades para liderar as dinâmicas que se foram implementando, tendo-se evidenciado uma forte ligação dos estudantes ao “grupo semente”.

O recurso à PaPS para a realização de intervenções de educação para a saúde junto da comunidade académica, revelou-se uma estratégia fundamental para trazer os estudantes para o centro da ação e para o processo de tomada de decisão. Assim, as metodologias foram trabalhadas no contexto real em que o próprio estudante se encontrava, tornando possível a reflexão, a partilha e a discussão sobre os resultados alcançados e contribuir para a melhoria contínua no âmbito dos programas de promoção da saúde. Como resultado, da aplicação desta estratégia, foram desenvolvidos diversos estudos de investigação, dirigidos a diferentes grupos da comunidade académica, com objetivos consonantes com as práticas de promoção da saúde e bem-estar, com a participação dos estudantes, e de projectos de promoção da saúde e bem-estar social e psicológico dos estudantes e de promoção do sucesso académico.

As alterações registadas ao Plano de Estudos do curso de licenciatura em Enfermagem, com forte investimento na promoção da saúde, quer na componente teórica, quer ao nível dos ensinamentos clínicos, contribuíram para a melhoria contínua das práticas de PrS, prevenindo problemas de saúde e reforçando a saúde e a segurança individual e da comunidade, através do processo de ensino e de investigação. Ao mesmo tempo, contribuíram, igualmente, para a criação de ambientes de apoio à saúde pela inclusão cultural, respeito, igualdade e equidade.

Registou-se uma melhoria significativa ao nível do desempenho da instituição: na cooperação com outras instituições representantes da comunidade regional e no desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária.

A análise dos indicadores ACHA através da avaliação das representações dos informantes privilegiados, da academia e da comunidade permitiu: obter uma perceção da imagem que a Escola projeta na comunidade, reforçando o seu posicionamento como instituição de referência para o desenvolvimento regional, compromisso social e criação de valor social e comunitário; demonstrar a relação entre o plano estratégico da Escola e a advocacia em saúde como um valor fundamental da mesma; o reconhecimento pelo conselho técnico-científico de uma ligação forte entre as iniciativas de promoção da saúde e o sucesso académico; verificar que existe um grau de compromisso e de proximidade entre o conselho de direção e a comunidade académica; evidenciar a implementação de boas práticas orientadas por valores de inclusão cultural, identidade e justiça social como determinantes da saúde; verificar que os participantes compreenderam e aplicaram os quadros teóricos e os modelos de planeamento dirigidos à saúde individual e da comunidade e valorizar a prática baseada na evidência para o planeamento de intervenções em saúde.

A avaliação dos contributos do processo de implementação do modelo PEER-IESS na aquisição de competências para o exercício da profissão, levou à compreensão de que, no desenvolvimento do processo de PaPS e pelo papel ativo que os estudantes assumiram, sobretudo nas intervenções de promoção da saúde como educadores pelos pares, enquadrando-se de forma clara no referencial de competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Os descritivos que enformam estas competências vão ao encontro das fases de implementação do modelo PEER-IESS. O enfermeiro, suportado nos conhecimentos técnicos e científicos, capacita o indivíduo, família e comunidade para a promoção da saúde, mobilizando os recursos da comunidade, através da metodologia do processo de enfermagem. A participação em atividades de promoção da saúde, no âmbito da implementação deste modelo, levou os estudantes a atribuir significado ao conhecimento empírico pelo seu impacto no desenvolvimento pessoal e na construção da identidade profissional. A identidade profissional emergiu como uma categoria relevante no processo de significação das atividades de promoção da saúde. O desenvolvimento da identidade de enfermeiro foi percebido como um processo de socialização pela interiorização de um conjunto de valores profissionais, observados como um conjunto de atitudes, crenças e prioridades que norteiam o pensamento e a prática profissional, dando coesão ao grupo.

O processo de transformação que os estudantes vivenciaram permitiu gerar novos comportamentos fundamentados no processo criativo e no desenvolvimento do pensamento

crítico e reflexivo. Levou, igualmente, à compreensão da importância dos líderes comunitários na mobilização de um grande número interdisciplinar de parceiros.

Podemos concluir que este estudo constituiu um enorme potencial com impacto positivo sobre a saúde e o bem-estar dos estudantes, docentes e não docentes e a comunidade em geral, através da educação, pesquisa, partilha de conhecimento e da prática institucional. O modelo de PEER-IESS permitiu criar um ambiente sustentável de trabalho e de aprendizagem; contribuiu para a saúde e sustentabilidade das atividades realizadas com e para a comunidade; avaliação do trabalho, construindo evidências da eficiência das intervenções de promoção da saúde e da aprendizagem colaborativa. Podemos ainda referir que na aplicação deste modelo estão subjacentes valores como o respeito pela diversidade e equidade; participação e empoderamento; parcerias de trabalho; sustentabilidade; visão holística da saúde e bem-estar; prática baseada na evidência e evidência baseada na prática. Em síntese defendemos que uma comunidade educativa que se assume como contexto promotor de saúde promove duplo empoderamento: forma e capacita profissionais e cidadãos com estilos de vida saudáveis e mais comprometidos com o bem-estar coletivo, promovendo a satisfação dos indivíduos. Propomos ainda, que um *curriculum* promotor de saúde deve orientar-se pelos princípios da promoção da saúde, permitindo que as pessoas tenham maior controlo sobre a sua saúde, promovam abordagens participativas para a tomada de decisão relacionada com a saúde e bem-estar.

Todas as investigações comportam algum tipo de limitações, sejam elas mais de carácter metodológico, conceptual, éticas ou outras. Contudo, consideramos que este estudo, tal como foi desenhado e conduzido, permitiu que, o processo, os resultados e as argumentações produzidas o tornassem cientificamente válido. O estudo agora concluído trouxe um grande contributo na compreensão do processo de transformação de uma organização e transferência de conhecimento, do papel dos diferentes atores, das estratégias e dinâmicas necessárias, da importância das parcerias, na construção de conhecimento, de relações e práticas sustentáveis. Mas, ao mesmo tempo, identificaram-se algumas limitações nomeadamente relacionadas com a estratégia metodológica de se centrar num estudo de caso, que embora levando à compreensão, em profundidade, por um lado, do processo de transformação, por outro, do processo de implementação de um modelo de promoção da saúde, não nos permite afirmar que os resultados possam ser generalizados, contudo não limita a validade dos resultados. A sustentabilidade do processo de transformação da instituição em contexto promotor de saúde é contexto dependente uma vez que a política institucional tem impacto significativo no curso do processo transformativo, alicerçado nos seus recursos humanos qualificados e com competências específicas na área da promoção da saúde e recursos financeiros adequados.

Esta visão transformadora permitiu uma cultura académica com maior desenvolvimento e envolvimento de toda a comunidade académica durante todo o tempo necessário para a transição organizacional, pela inovação nos programas educacionais, avaliação do impacto das estratégias de planeamento e desenvolvimento curricular. Além disso, deste estudo de investigação resultou a integração da ESEnfCVPOA na Rede Iberoamericana das Universidades Promotoras de Saúde. No processo de mudança foi fundamental que os líderes compreendessem o benefício do processo transformativo tendo em vista o desenvolvimento de culturas académicas saudáveis, pelo envolvimento dos estudantes, docentes, não docentes e parceiros comunitários.

Em desenvolvimentos futuros importa evoluir para a implementação do modelo PEER-IESS em outras IES e incluir no Programa Nacional de Saúde Escolar o ensino superior, no sentido de contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização com o bem-estar e a qualidade de vida dos jovens adultos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. C. (2011). Les représentations sociales: aspects théoriques. In Abric J. C. (Ed.), *Pratiques Sociales et Représentations* (15–46). Paris: Quadrigue/Presses Universitaires de France.
- Adelmann, P. (2005). Social environmental factors and preteen health-related behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36, 36-47.
- Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, S., Lavado, E., Raul, M., Rowland, J., et al. (2015). *Consumos e estilos de vida nos estudantes do ensino superior: O caso dos estudantes da ULisboa/2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).
- Alwal, A. (1997). Noncommunicable diseases: A major challenge to public health in the region. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 3 (1), 6-16.
- American College Health Association. (2011). ACHA Board of Directors, 1-3.
- American College Health Association. (2012). Standards of practice for health promotion in higher education. ACHA Health Promotion Section Publications Review Committee, 1-4.
- American College Health Association. (2014). Guidelines for Hiring Health Promotion Professionals in Higher Education. ACHA Guidelines, 1-17.
- Andrew, N. (2013). Clinical imprinting: the impact of early clinical learning on career long professional development in nursing. *Nurse Education in Practice*, 13, 161-4.
- Andrew, N., McGuinness, C., Reid, G., & Corcoran, T. (2009). Greater than the sum of its parts: transition into the first year of undergraduate nursing. *Nursing Education Practice*, 9, 13-21.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59-66.
- Arroyo, H. V., & Rice, M. (2009). La universidad y el desarrollo de las redes académicas y profesionales de promoción de la salud y educación para la salud en América Latina. *IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud*. España: Universidade Pública de Navarra.
- Arroyo-Acevedo, H., Landazabal, G. D., & Pino, C. G. (2014). Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red

- Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). *Global Health Promotion*, 64-68.
- Batista, M. N., & Campos, D. C. (2007). *Metodologia de pesquisa em Ciências: análise quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC editora.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bergold, J., & Thomas, S. (2012). Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion. *Forum: Qualitative Social Research*, 1-31.
- Booth, J. (2015). In K. Gerrish, & J. Lathlean, *The research process in nursing* (427-39). Oxford: Wiley Blackwell.
- Brito, I. (2014). Um Modelo de Planeamento da Promoção da Saúde: Modelo Precede-Proceed. In R. Pedroso, & I. Brito, *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (pp. 33-83). Coimbra: Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Brito, I., & Mendes, F. (2009). *PEER-IESS: Instituições de ensino superior salutogénicas*. Obtido de http://www.esenfc.pt/site/?module=esenfc&target=outreach-projects&id_projeto=236&id_aps=9&tipo=APS
- Brito, I., & Mendes, F. (2012). PEER: Avaliação de projectos de Educação pelos Pares. In I. Brito, & F. Mender, *PEER IV. Escola de Verão em Educação pelos Pares & Investigação Acção Participativa em Saúde* (pp. 47-56). Coimbra: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Brito, I., & Mendes, F. (2015). Mobilization of higher education communities to promote healthy settings. In WHO, *European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- Brown, J., & Isaacs, D. (2008). *The world café: shaping our, futures thought, conversation that matter*. California: Kindle Edition
- Bryman, A., & Cramer, D. (2005). *Quantitative Data Analysis with SPSS 12 and 13. A guide for social scientists*. USA: Routledge.
- Cabieses, B., Muñoz, M., Zuzulich, S., & Contreras, A. (2008). Cómo implementar la nueva ley chilena antitabaco al interior de la universidad. *Rev Panam Salud Publica*, 361-8.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). *Tutorial para o uso do software IRAMUTEQ*. Obtido em 9 de Janeiro de 2016, de <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2016). *Tutorial para uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. Obtido de [http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial IRaMuTeQ em portugues_17.03.2016.pdf](http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial_IRaMuTeQ_em_portugues_17.03.2016.pdf)

- Camargo, B. V., Bousfield, A. B. S., Giacomozzi, A. I., & Koelzer, L. P. (2014). *Representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral*. Liberabit, 20(2), 1729–4827. Obtido de http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_20_2_representacoes-sociais-e-adesao-ao-tratamento-antirretroviral.pdf
- Campos, P., & Oguisso, T. (2008). A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 892-8.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS*, 13-24.
- Carvalho, A. A., & Carvalho, G. S. (2010). Efeito da formação nas concepções de saúde. *Rev Port Saúde Pública*, 161-170.
- Carvalho, A. A., Rodrigues, V. M., & Carvalho, G. S. (2014). Prática de educação em saúde de estudantes de enfermagem e de outros cursos de ensino superior. *Avances en enfermería*, 92-101.
- Castaño, J. H. (2016). Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Revista Cuidarte*, 1352-7.
- Ceitel, M. (2007a). Enquadramento geral e perspectivas de base sobre o conceito de competências. In M. Ceitel, *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Sílabo.
- Ceitel, M. (2007b). Proposta de definição do conceito de competências. In M. Ceitel, *Gestão e desenvolvimento de competências* (41-4). Edições Sílabo.
- Cestari, M. (2003). Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Rev Gaúcha Enferm*, 34-42.
- Chiavenato, I. (2001). *Teoria Geral da Administração*. Rio de Janeiro: Campus.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2015). *Knowledge development in nursing*. United States of America: Elsevier Health Sciences.
- Clegg, S., & Bufton, S. (2008). Student support through personal development planning: retrospection and time. *Research Papers in Education*, 435-50.
- Cockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 51-67.
- Coffey, M., & Coufopoulos, A. (2010). Creating a healthy promoting curriculum to inform the development of health promoting university: a case study. *International Journal of Health Promotion and Education*, 48, 4-8.
- Comissão de Ética da ESEnfCVPOA. (2016). *Regimento Comissão de Ética ESEnfCVPOA*. Oliveira de Azeméis: ESEnfCVPOA.
- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is a participatory research? *Soc. Sci. Med.*, 41, 1667-76.

- Creswell, J. (1997). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. USA: SAGE Publications.
- Dahlin-Ivanoff, S., & Hultberg, J. (2006). Understanding the multiple realities of everyday life: Basic assumptions in focus-group methodology. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 13, 125-132.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *Sage Handbook of Qualitative Research* (4th ed.). London: Sage Publication.
- Dias, S. F. (2006). *Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Decreto n.º 3/2002 de 6 de fevereiro. Diário da República, I Série B - n.º 31 - 6 de fevereiro de 2002. (2002). *Interesse Público da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis*.
- Despacho n.º 8916/2008. Diário da República, 2ª Série - n.º 60 - 26 de março de 2008. (2008). *Publicação do plano de estudos do ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis*.
- Despacho n.º 9786/2012. Diário da República, 2ª Série - n.º 139 - 19 de julho de 2012. (2012). *Proposta de alteração ao plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis*.
- Diário da República, 2ª série - n.º 164 - 25 de agosto de 2009. (2009). *Estatutos da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis*.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2016). *Estratégia Nacional para a promoção da atividade física, da saúde e Bem-estar 2016-2025*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2012). *REBIDES*. Obtido em 20 de 06 de 2013, de REBIDES: http://w3.dgeec.mec.pt/rebides/2012/rebid_m2.asp?CodR=220&CodP=4089
- Direcção de Serviços de Estatística e de Indicadores do Observatório da Ciência e do Ensino Superior . (2007). *Sucesso Escolar no ensino superior: diplomados em 2004-2005* . Lisboa: Observatório da Ciência e do Ensino Superior .
- Dooris, M. (2005). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21, 55-65.
- Dooris, M., & Doherty, S. (2010a). Healthy Universities: current activity and future direction: findings and reflexions from a national level qualitative research study. *Global Health Promotion*, 17, 06-16.

- Dooris, M., & Doherty, S. (2010b). Healthy Universities: Time for action: a qualitative research study exploring the potential for a national programme. *Health Promotion International*, 25, 94-106.
- Dooris, M., Doherty, S., & Orme, J. (2017). The application of salutogenesis in universities. In M. B. Mittelman, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, et al., *The handbook of salutogenesis* (237-45). Switzerland: Springer.
- Dooris, M., Wills, J., & Newton, J. (2014). Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities. *Scand J Public Health*, 7-16.
- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health Promotion: Models and Values* (2nd ed.). Oxford : University Press.
- Eifert, E. K., Hall, M. E., Gropper, S. S., & Kondor, M. (2017). Health Promotion and Institutions of Higher Education: On University's experience. *American Journal of Health Education*, 219-221.
- Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. (2012). *Relatório Anual de Atividades 2011/2012*. Oliveira de Azeméis: ESEnfCVPOA.
- Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. (2014). *Plano de Desenvolvimento Estratégico 2015-2019*. Oliveira de Azeméis: ESEnfCVPOA.
- Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. (2017). *Relatório Anual de Atividades 2015/2016*. Oliveira de Azeméis: ESEnfCVPOA.
- Feio, A., & Oliveira, C. (2015). Confluências e Divergências Conceituais em Educação em Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, 24, 703-715.
- Ferguson, G. A. (1984). *Statistical analysis in psychology and education*. Singapore: Mcgraw – Hill.
- Ferreira, M. P. B. (2000). *As escolas superiores de enfermagem públicas e privadas numa perspetiva psicossocial*. Porto: Tese de Mestrado em Administração e Planificação da Educação apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Ferreira, M. P.; Gendron, F. (2011). Community-based participatory research with traditional and indigenous communities of the Americas: Historical context and future directions. *International Journal of Critical Pedagogy*, 3(3), 153-168.
- Ferreira, F. M., Brito, I. S., & Reis-Santos, M. (2018). Programas de promoção da saúde no ensino superior: revisão integrativa de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 1714-1723.
- Ferreira, F. M., Mota, L. A., Brito, I. S., & Reis-Santos, M. (2017). Perfil de saúde dos estudantes de enfermagem: diagnóstico epidemiológico a partir do modelo PRECEDE-PROCEED. *Revista Referência*, 91-100.

- Fertman, C. I., & Allensworth, D. D. (2010). *Health Promotion Programs: From Theory to Practice*. USA: Wiley.
- Fleury, M. T., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 183-96.
- Flick, U. (2009). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freeman, T. (2006). "Best practice" in focus group research: making sense of different views. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (5), 491-497.
- Freire, P. (2001). *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. S. Paulo: Paz e Terra.
- Glanz, K. R., & Lewis, F. (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers.
- Glasper, A., & Rees, C. (2017). *Nursing and Healthcare Research at a Glance*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Goetz, J., & LeCompte, M. (1988). *Etnografia y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Goodman, C., & Evans, C. (2015). Focus Groups. In K. Gerrish, & J. Lathelan, *The research process in nursing* (401-25). Oxford: Wiley Blackwell.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.*, 107-109.
- Gouthier, B. (2003). *Investigação Social: Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. London: England: Mayfield Publishing.
- Gregg, J., & O'Hara, L. (2007). Values and principles evident in current health promotion practice. *Health Promotion Journal of Australia*, 18, 7-11.
- Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A., & Apolone, G. (2006). Development and validation of the short version of the Psychological General Well-being Index (PGWB-S). *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(88), 1-8. doi:10.1186/1477-7525-4-88
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guidelines for youth peer education. (2010). *Evidence-based guidelines for youth peer education*. United States: FHI.
- Hamel, J., Dufour, S., & Fortin D. (1993). *Case Study Methods*. USA: Sage Publications.

- Hart, J. A., & Swenty, C. F. (2016). Understanding Transitions to promote student success: a concept analysis. *Nursing Forum*, 51, 180-5.
- Higgins, S. J., Lauzon, L. L., Yew, A., Bratseth, C. D., & McLeod, N. (2010). Wellness 101: health education for the university student. *Health Education*, 309-27.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holt, M., & Powell, S. (2016). Healthy Universities: a guiding framework for universities to examine the distinctive health needs of own students population . *Perspectives in Public Health*, 1-6.
- Hughes, K. (2005). *Recreational-prev:Recreational culture as a tool to prevent risk behaviour*. Obtido em 20 de 12 de 2012, de IREFREA: <http://www.irefrea.eu/index.php?page=6-1-2&foo=>
- International Council of Nurses. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 2015*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- ICPHR. (2013a). *What is Participatory Health Research? Position Paper 1*. Obtido em agosto de 2017, de International Collaboration for Participatory Health Research: <http://www.icphr.org/position-papers/position-paper-no-1>
- ICPHR. (2013b). *Position Paper 2: Participatory Health Research: A Guide to Ethical Principals and Practice*. Berlin: International Collaboration for Participatory Health Research.
- Kitzinger, J. (2013). Using focus groups to understand experiences of health and illness. In Ziebland, S., Coulter, A., Calabrese, J. D., Locock, L. *Understanding and using Health Experiences*. Oxford: Oxford University Press, 49–59.
- Klaich, K. (1990). Transitions in professional identity of nurses enrolled in graduate educational programs. *Holistic Nursing Practice*, 17-24.
- Krueger, R., & Casey, M. (2009). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. USA: Sage Publications.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2002). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas S.A.
- Lameiras, M., Ricoy, M. C., Carrera, M. V., Failde, J. M., & Núñez, A. (2011). Evaluación del uso del preservativo femenino promovido desde un programa de educación para la salud: un enfoque cualitativo. *Saude Soc*, 410-24.
- Latter, S. (1998). Nursing health education and health promotion: Lessons learned, progress made and challenges at health. *Health Education Research*, (2), I-V.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo as competências dos profissionais*. Porto Alegre: Artmed.

- Lechasseur, K., Lazure, G., & Guilbert, L. (2011). Knowledge mobilized by a critical thinking process deployed by nursing students in practical care situations: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 1030-40.
- Lederer, A. M., & Oswalt, S. B. (2017). The Value of College Health Promotion: A Critical Population and Setting for Improving the Public's Health. *American Journal of Health Education*, 48, 215-8.
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality*. New York: National League for Nursing Press.
- Liimatainen, L., Poskiparta, M., Sjögren, A., Kwettunen, T., & Karhila, P. (2001). Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education. *Health Education Research*, 16 (1), 33-48.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2006) Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: Denzin N. K., & Lincoln, Y. S. *O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 169-192.
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (2001) *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Loewenson, R., Laurell, A. C., Hogstedt, C., D'Ambruso, L., & Shroff, Z. (2015). *Investigación-Acción Participativa en Sistemas de Salud: Una Guía de Métodos*. Equinet.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Azeredo, A., & Mendes, F. (2011). Contextos recreativos nocturnos e consumo de álcool e drogas: Determinantes de comportamentos rodoviários de risco. *Revista Toxicodependências*, 13-24.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M., & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 31-41.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & Campos, D. C. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Revista Toxicodependências*, 3-15.
- Loubère L. (2016). *L'analyse de similitude pour modéliser les CHD*. In Actes des 13eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT 2016, Nice. Obtido de <https://jadt2016.sciencesconf.org/83440/document>
- Loureiro, L. (2012). *Consumo de substâncias psicoativas e estilos de vida nos estudantes do ensino superior*. Coimbra: Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.
- Machado, C., Caridade, S., & Martins, C. (2010). Violence in Juvenile Dating Relationships Self-Reported Prevalence and Attitudes in a Portuguese Sample. *Journal of Family Violence*, 43-52.

- Macnee, C., & McCabe, S. (2008). *Understanding nursing research: reading and using research in evidence-based practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams and Wilkins.
- McKenzie, J. F., Meigar, B. L., & Smeltzer, J. L. (2005). *An introduction to community health*. Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- McKenzie, J. F., Pinger, R. R., & Kocteci, J. L. (2005). *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs: A Primer*. EUA: Pearson.
- MacRae, N., & Strout, K. (2015). Self-care project for faculty and staff of future health care professionals: case report. *IOS Press*, 525-31.
- Marchand, P., & Ratinaud, P. (2012). *L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française*. In Actes des 11^{ème} Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT 2012 (pp. 687-699). Liège, Belgique. Obtido de <http://lexicometria.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>
- Martins, M. E. (2013). *Investigação-ação participativa em saúde: revisão integrativa da literatura em língua portuguesa*. Coimbra: Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Mason, I. G., Brooking, A. K., Oberender, A., Harford, J. M., & Horsley, P. G. (2003). Implementation of a zero waste program at an university campus. *Resources, Conservation and Recycling*, 257-69.
- Matos, M. (2005). *Comunicação, Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (3^a. ed.). Lisboa: FMH.
- Matos, M. (2007). Psicologia da Saúde e Saúde Pública. In J. Teixeira, *Psicologia da Saúde: Contextos e áreas de intervenção* (43-70). Lisboa: Climepsi.
- Maxwell, J. A. (2012). *A realist approach for qualitative research*. USA: SAGE Publications
- McLeroy, K., D., B., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Program. *Health Education Quarterly*, 351-77.
- Meier, S., Stock, C., & Krämer, A. (2006). The contributions of health discussion circles with students to campus health promotion. *Health Promotion International*, 22, 28-36.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*, 12-28.
- Mendoza, A. (2005). Actividades realizadas en enseñanza a través del programa de promoción de la salud y prevención de adicciones en el periodo 2003-2004. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 1201-6.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.

- Moraes, C., Botelho, T. M., Fonseca, T. A., Almeida, D. O., & Bastos, J. (2011). O estudante do ensino superior: identificando categorias de análise. *Vértices*, 205-18.
- Moreno, A., García, E., & Campos, P. (2003). Paradigmas y modelos en educación para la salud . In L. Alvear, A. Moreno, C. Bes, A. García, A. Tormo, & S. Ramón, *Salud pública y enfermería comunitária* (455-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Morrondo, P. (2000). Promoción de la salud. In A. Moreno, E. E. Garcia, & P. Campos, *Enfermeria Comunitária* (141-53). Madrid: McGraw- Hill.
- Newton, F. B., & Ender, S. C. (2010). *Students helping students: a guide for peer educators on college campuses*. San Francisco: Wiley.
- Nogueira, M. J. (2017). *Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade*. Lisboa: Tese de Doutoramento em Enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira-Formosinho, J. (2002). *A supervisão na formação de professores – Da sala à escola*. Porto: Porto Editora.
- Oliveira-Formosinho, J. (2002). Um capítulo metodológico: Os estudos de caso. In Oliveira-Formosinho, J., & Kishimoto, T. (2002). *Formação em contexto: Uma estratégia de integração* (pp. 89-108). S. Paulo:Thomson.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2006). *Education at a Glance: OECD Indicators*. OECD.
- Okanagan Charter. (2015). *An International Charter for Health Promoting Universities and Colleges*. Obtido em 27 de December de 2016, de <http://hdl.handle.net/2429/54938>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Divulgar.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orme, J., & Dooris, M. (2010). Integrating health and sustainability: the higher education sector as a timely catalyst. *Health Education Research*, 25, 425-37.
- Page, M. J. (1993). *Elementos de psicometria*. Madrid: Endema.
- Pascual-Leone, A., Wolfe, B. J., & O'Connor, D. (2012). The reported impact of psychotherapy training: Undergraduate disclosures after a course in experiential psychotherapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 152-68.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pesut, D. J., & Thompson, S. A. (2015). Building Academic cultures with reflective practice in mind: leadership agility and transformational learning . In G. D. Sherwood, & S.

- Horton-Deutsch, *Reflective organizations on the front lines of QSEN & reflective practice implementation* (339-59). Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Petch, A. (2010). Managing transition. Support for individuals at key point. *International Journal of Integrated Care of change*, 1-2.
- Pimentel, M., Mata, M., & Anes, E. (2013). Tábaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 185-204.
- Polat, U., Ozen, S., Kahraman, B. B., & Bostanoglu, H. (2016). Factors affecting health-promoting behaviors in nursing students at a university in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 413-9.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Portaria n.º322/2002 do Diário da República, I Série -B n.º70 - 23 de março de 2002. (2002). *Plano de estudos do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis*.
- Porto, M., Cunha, M. B., Pivetta, F., & Zancan, L. (2016). Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: bases conceituais e metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1474-756.
- Purser, S., & Kennedy, M. (2011). Department of Health Promotion. In A. Brooks, A. L. Vorreyer, & B. Gambino, *Student Affairs for All Seasons and Reasons: Leading by Example* (40-51). Columbus: The Administrators' Bookshelf.
- Reger, B., Williams, K., Kolar, M., Smith, H., & Douglas, J. (2002). Implementing University-Based Wellness: A participatory planning approach. *Health Promotion Practice*, 507-14.
- Ribeiro, J. M. (2009). *Autonomia Profissional dos Enfermeiros*. Porto: Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Rodríguez, B., Chacón, A., & González, T. R. (2010). Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Columbiana*, 19-33.
- Rodriguez-Gázquez, M., Chaparro-Hernandez, S., & González-López, J. R. (2016). Lifestyles of nursing students from a Colombian public university. *Invest Educ Enferm*, 94-103.
- Rust, J., & Golombok, S. (2009). *Modern Psychometrics: The Science of Psychological Assessment*. London: Routledge.
- Saavedra, R., & Machado, C. (2012). Violência nas relações de namoro entre adolescentes: Avaliação do impacto de um programa de sensibilização e informação em contexto escolar. *Análise Psicológica*, 109-130.

- Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão Portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia, Teoria, Investigação & Prática*, 253-268.
- Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordás, T. A., Queiroz, G. K. O., Coelho, D., Philippi, S. T., & Lancha-Junior, A. H. (2006). Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47(1), 77-82.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2006). Self-efficacy beliefs of adolescents. In F. Pajares, & T. Urban, *Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviors, and health* (Vol. 5, 139-159). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Scriven, A. (2005). Health promoting practice: A context and overview. In A. Scriven, *Health promoting practice. The Contribution of nurses and allied health professionals* (pp. 23-31). London: Palgrave Macmillan.
- Scriven, A. (2010). *Promoting Health. A practical guide*. London: Baillière Tindall.
- Serra, M. J. (2011). *Aprender a ser enfermeiro: a construção identitária profissional por estudantes de enfermagem*. Lisboa: Tese de Doutoramento em Educação apresentada ao Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.
- Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes - I. Métodos*. Madrid: Ed. La Muralla
- Sharma, M. (2017). *Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Shepherd, J. (2008). Adolescent student nurses: implications for retention. *Paediatric Nursing*, 42-5.
- Silva, A., & Brito, I. (2014). Instituições de ensino superior promotoras de saúde. In R. Pedroso, & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde (17-31). Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (6), 1901-1909.
- Sirakamon, S., Chontawan, R., Akkadechanun, T., & Turale, S. (2013). An ethnography of health-promoting faculty in a Thailand university. *Health Promotion International*, (25), 1-10.
- Slocum, N. (2005). *Participatory Methods Toolkit: A Practitioner's Manual*. Belgium: United Nations University.

- Smith, S. A., & Blumenthal, D. S. (2012). Community Health Workers Support Community-based Participatory Research Ethics: Lessons Learned along the Research-to-Practice-to-Community Continuum. *J Health Care Poor Underserved*, 23(4), 77–87.
- Snyder, M. (2014). Emancipatory Knowing: Empowering Nursing Students Toward Reflection and Action. *Journal of Nursing Education*, 65-9.
- Soares, A., Pereira, M., & Canavarro, J. (2014). Saúde e Qualidade de Vida na Transição para o Ensino Superior. *Psicologia, Saúde & Doença*, 15 (2), 356-379.
- Souza, F. (2015). *Bem-estar subjetivo, autoeficácia e consumo de álcool em universitários*. São Bernardo do Campo: Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Faculdade da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo.
- Souza, J., Kantorski, L. P., & Luis, M. A. (2011). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 221-8.
- Springett, & Ledwith. (2010). *Participatory practice: Community-based action for transformative change*. The Policy Press.
- Springett, J., Wright, M., & Roche, B. (2011). *Developing Quality Criteria for Participatory Health Research: An Agenda for Action*. WZB Discussion Paper.
- Stephoe, A., & Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Soc. Sci. Med.*, 53 (12), 1621-30.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing: grounded theory*. USA: Sage Publications.
- Streck, D. R., & Adams, T. (2012). Pesquisa em educação: os movimentos sociais e a reconstrução epistemológica num contexto de colonialidade. *Educação e Pesquisa*. 38(1), 243-258.
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2015). *Focus Groups, Theory and Practice*. London: Sage Publication
- Stock, C., Milz, S., & Meier, S. (2010). Network evaluation: principles, structures and outcomes of the German working group of Health Promoting Universities. *Glob Health Promot*, 25-32.
- Tabari-Khomeiran, R., Kigu, A., Parsa-Yekta, Z., & Ahmadi, F. (2007). Competence Development Among Nurses: The Process of Constant Interaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38, 211-18.
- Tassini, C., Val, G., Candido, S., & Bachur, C. (2017). Assessment of the lifestyle of university students in the healthcare area using the Fantastic Questionnaire. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 30(2), 117-122. doi:10.5935/23594802.20170024

- Teixeira, J. P. (2014). *O que é que estudantes de Psicologia Clínica e Enfermagem estão a desenvolver? Estudo qualitativo sobre desenvolvimento pessoal, mudança e fatores influenciadores*. Lisboa: Tese de Mestrado integrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Triviño-Vargas, Z. G. (2012). Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan*, pp. 275-85.
- Tsouros, A., Dowding, G., Thompson, J., & Dooris, M. (1998). *Health Promoting Universities: Concepts, experience, and framework for action*. Copenhagen: Regional Office for Europe: WHO.
- Viswanathan, M., Ammerman, A., Eng, E., Garlehne, K., Lohr, K. N., Griffith, D., et al. (2004). *Community-Based Participatory Research: Assessing the Evidence: Summary*. Obtido em 20 de 11 de 2012, de Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK37280/>
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming Qualitative Data- Description, Analysis, and Interpretation*. USA: SAGE Publications
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Obtido em 27 de december de 2016, de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health Sundsvall*. Sweden: WHO.
- World Health Organization. (1998). *WHO's Global School Health Initiative: Health Promoting Schools: a healthy setting for living, learning and working*. Obtido em 17 de August de 2016, de http://www.who.int/school_youth_health/media/en/92.pdf
- World Health Organization. (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2015). *Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health, in European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization. (2016a). World Health Assembly Resolution WHA51.12 - Health Promotion. WHO.
- World Health Organization. (2016b). *Health Promotion*. Obtido em 20 de 12 de 2016, de http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- World Health Organization. (2016c). *9th Global conference on health promotion: Global leaders agree to promote health in order to achieve Sustainable Development Goals*. Obtido em 27 de December de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/conference-health-promotion/en/>
- World Health Organization. (2016d). *Healthy Settings*. Obtido em 20 de 12 de 2016, de http://www.who.int/healthy_settings/en/

- Xiangyang, T., Lan, Z., Xueping, M., Tao, Z., Yuzhen, S., & Jagusztyn, M. (2003). Beijing health promoting universities: practice and evaluation. *Health Promotion International*, 25, 94-106.
- Yin, R.K. (2015). Estudos de caso: planejamento e métodos . São Paulo: Bookman.
- Youth Peer Education Toolkit. (2005). *Standards for Peer Education*. New York: Y-Peer.
- Zimmer, C., Hill, M., & Sonnad, S. (2003). A scope-of-practice survey leading to the development of standards of practice for health promotion in higher education. *Journal of American College Health*, 51, 247-54.

8. ANEXOS

ANEXO I: Publicação de artigos

Perfil de saúde dos estudantes de enfermagem: diagnóstico epidemiológico a partir do modelo PRECEDE-PROCEED

Nursing students' health profile: epidemiological diagnosis based on the PRECEDE-PROCEED model

Perfil de salud de los estudiantes de enfermería: diagnóstico epidemiológico a partir del modelo PRECEDE-PROCEED

Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira*; Liliana Andreia Neves da Mota**; Irma da Silva Brito***; Margarida Reis Santos****

Resumo

Enquadramento: A definição do perfil de saúde dos estudantes de enfermagem é fundamental no desenvolvimento de comunidades académicas salutogénicas.

Objetivo: Analisar o perfil de saúde dos estudantes, tendo em vista a definição de estratégias de intervenção através do modelo PRECEDE-PROCEED.

Metodologia: Estudo quantitativo. A recolha de dados foi efetuada com recurso à versão portuguesa dos questionários: Estilo de Vida Fantástico, Escala de Autoimagem de Stunkard, Escala de Autoestima de Rosenberg e Questionário do Bem-estar Psicológico. Participaram neste estudo 224 estudantes dos cursos de licenciatura e pós licenciatura de especialização em enfermagem.

Resultados: O estilo de vida dos estudantes na sua globalidade é muito bom, apresentando valores mais baixos na atividade física/associativismo, alteração do padrão nutricional, alteração do sono e baixa capacidade para gerir o stress, trabalho/tipo de personalidade e introspeção o que lhes propicia uma visão menos otimista e positiva.

Conclusão: O plano de intervenção que contempla o apoio, educação, proteção e prevenção, deve ser adequado às necessidades individuais e integrado nos *currícula*.

Palavras-chave: perfil de saúde; estilo de vida; estudantes de enfermagem

Abstract

Background: The identification of nursing students' health profile is essential to develop healthy academic communities.

Objective: To analyze students' health profile with a view to designing intervention strategies based on the PRECEDE-PROCEED model.

Methodology: Quantitative study. Data were collected using the Portuguese version of the following questionnaires: the Fantastic Lifestyle Assessment, the Stunkard Figure Rating Scale, the Rosenberg Self-esteem Scale, and the Psychological General Well-Being Index. A total of 224 undergraduate and postgraduate nursing students participated in this study.

Results: Students' overall lifestyle is very good. However, lower scores were found in the physical activity/affiliation, changes in nutrition, altered sleep and low stress management ability, work/personality type, and insight, which suggests that students are less optimistic and positive about life.

Conclusion: The intervention plan includes support, education, protection, and prevention should be adapted to students' individual needs and integrated into the *curricula*.

Keywords: health profile; life style; students, nursing

*MsC., Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, 3720-126, Oliveira de Azeméis, Portugal [fernandaprincede@escenfcpoaeu]. Contribuição no artigo: pesquisa bibliográfica, recolha e análise estatística dos dados, discussão dos resultados e redação do artigo. Morada para correspondência: Avenida Nossa Senhora das Flores 1985, Bemposta, 3720-126, Oliveira de Azeméis, Portugal.

**MsC., Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, 3720-126, Oliveira de Azeméis, Portugal [saxoenfermeira@gmail.com]. Contribuição no artigo: análise estatística dos dados, discussão dos resultados, revisão global do artigo.

***Ph.D., Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [irmalbrito@escenf.pt]. Contribuição no artigo: discussão dos resultados, revisão global do artigo.

****Ph.D., Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINESIS (Center for Health Technology and Services Research), 4200-072, Porto, Portugal [mrs@escenf.pt]. Contribuição no artigo: discussão dos resultados, revisão global do artigo.

Resumen

Marco contextual: La definición del perfil de salud de los estudiantes de enfermería es fundamental para desarrollar comunidades académicas salutogénicas.

Objetivo: Analizar el perfil de salud de los estudiantes, considerando la definición de estrategias de intervención a través del modelo PRECEDE-PROCEED.

Metodología: Estudio cuantitativo. La recogida de datos fue efectuada con la versión portuguesa de los cuestionarios: Estilo de Vida Fantástico, Escala de Autoimagen de Stunkard, Escala de Autoestima de Rosenberg y Cuestionario del Bienestar Psicológico. En este estudio, participaron 224 estudiantes de los cursos de licenciatura y pos licenciatura de especialización en enfermería.

Resultados: El estilo de vida de los estudiantes, en su totalidad, es muy bueno, pues presentan valores más bajos en la actividad física/asociativismo, alteración del patrón nutricional, alteración del sueño y baja capacidad para gestionar el estrés, trabajo/tipo de personalidad e introspección, lo que les propicia una visión menos optimista y positiva.

Conclusión: El plan de intervención que contempla el apoyo, la educación, la protección y la prevención debe adecuarse a las necesidades individuales e integrarse en los currículos.

Palabras clave: perfil de salud; estilo de vida; estudiantes de enfermería

Recebido para publicação em: 02.06.17

Aceite para publicação em: 10.10.17

Introdução

A promoção da saúde é um processo de capacitação das pessoas no sentido de aumentarem o autocontrole e melhorarem a sua saúde. Este processo implica uma abordagem centrada no comportamento individual, incluindo intervenções sociais e ambientais diversificadas não correspondendo, na maioria das situações, ao foco de atenção das instituições de ensino superior (IES) da saúde.

A transição para o ensino superior está marcada por uma transição desenvolvimental, por ser um “período de transição da adolescência à vida adulta” (Santos, 2012, p. 4). A forma como os estudantes vivenciam esta transição tem impacto significativo no seu desempenho académico e comportamental e

determina a necessidade de intervenções específicas, fundamentadas numa série de novos e não menos complexos desafios como a alteração na dinâmica familiar, em muitos casos motivada pela saída de casa; a adaptação a um sistema de ensino com regras diferentes; a gestão de uma maior autonomia; a ansiedade decorrente de múltiplas adaptações; entre outros. (Pimentel, Mata, & Anes, 2013, p. 186)

Neste quadro, as Instituições de Ensino Superior desempenham um papel fundamental enquanto agentes de promoção da saúde dos estudantes.

As IES promotoras de saúde transformam a saúde e a sustentabilidade das sociedades atuais e futuras, contribuindo para o bem-estar das pessoas, ambiente e planeta (Okanagan Nation Elder, 2015). Desta forma, promovem o sucesso institucional, pela criação de uma cultura de saúde positiva, bem-estar, equidade e justiça social; melhorando a saúde das pessoas que vivem, aprendem, trabalham e se recriam no contexto académico (Okanagan Nation Elder, 2015). Assim, o processo de transformação de uma instituição de ensino superior num contexto promotor de saúde exigirá a combinação de ações planeadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional que apoiem hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades e contribuam para o aumento da literacia em saúde, diminuição de com-

portamentos de risco e melhoria do ambiente físico e social.

De acordo com Alcântara da Silva et al. (2015) os principais riscos para a saúde dos estudantes do ensino superior relacionam-se com o consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e outras drogas), práticas e atitudes face ao regime dietético, atividade física e recreativa e, ainda, com as alterações resultantes da gestão emocional e stress. “Nas festas académicas são muitas vezes adotados comportamentos de risco como o consumo excessivo de álcool e de substâncias ilícitas associados a práticas sexuais de risco, que podem pôr em causa a saúde dos jovens que as frequentam” (Homem, Brito, Torres, Rodrigues, & Mendes, 2014, p. 148). As IES, ao se envolverem em projetos de promoção da saúde, podem obter diversos benefícios, nomeadamente a melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas; a melhoria dos projetos científico-pedagógicos; ter impacto na saúde local, regional e nacional; e valorização da sua imagem pública, ganhando notoriedade.

O diagnóstico epidemiológico de uma IES permite compreender quais os comportamentos e fatores ambientais que contribuem para a ocorrência dos problemas de saúde das populações. Com base neste pressuposto realizou-se um estudo de diagnóstico epidemiológico através do modelo PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) numa escola superior de enfermagem, que nos ajudou a analisar o perfil de saúde dos estudantes, tendo em vista a definição de estratégias de intervenção através do modelo PRECEDE-PROCEED, “no âmbito da promoção da saúde dos próprios indivíduos e da população alvo da sua intervenção futura” (Ferreira, Pereira, & Ferreira, 2014, p. 101). A definição do perfil de saúde dos estudantes de enfermagem permite a sua caracterização, tomando por base os fatores que direta ou indiretamente estão relacionados com o seu estado de saúde.

O diagnóstico epidemiológico apresentado neste estudo corresponde a uma das fases do modelo PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005), que foi o modelo utilizado num estudo mais abrangente de pesquisa e ação participativa em saúde, desenvolvido numa comunidade académica, que visava transformar uma IES num contexto salutogénico.

Enquadramento

O principal desafio de uma IES promotora da saúde é integrar a promoção da saúde nas políticas e práticas académicas. Isto pode ser obtido por intermédio de: 1) desenvolvimento de políticas saudáveis e planeamento de estratégias sustentáveis, podendo ser, a mobilização comunitária, uma solução; 2) criação de ambientes saudáveis de trabalho e lazer, disponibilização de serviços de apoio social e cuidados de saúde; 3) capacitação para o desenvolvimento pessoal e social; 4) ampliação do interesse académico na realização de atividades adequadas à promoção da saúde; 5) desenvolvimento de parcerias com a comunidade, numa perspetiva salutogénica.

Neste processo é importante considerar o diagnóstico epidemiológico que se constitui como um momento de avaliação do modelo PRECEDE-PROCEED (*Predisposing, Reinforcing, Enabling, Constructs in Educational/ecological Diagnosis and Evaluation - Policy, Regulatory, Organizational, Constructor in Educational and Environmental Development*) desenvolvido por Green e Kreuter (2005). Este é um modelo utilizado em vários países que valoriza todo o conjunto de fatores que influenciam a prática de comportamentos preventivos. Neste estudo, o nosso foco está na fase PRECEDE do modelo por ser a que está associada à recolha e análise epidemiológica, no sentido de determinar os comportamentos e problemas que são mais importantes no diagnóstico da situação, que serão a base da fase de implementação (PROCEED). “No diagnóstico epidemiológico para a promoção da saúde dá-se ênfase aos fatores de risco modificáveis” (Brito, 2014, p. 52), nomeadamente a avaliação do perfil de saúde e dos estilos de vida através do estudo da autoimagem corporal, autoestima e da perceção de bem-estar psicológico dos estudantes de enfermagem.

Os estilos de vida são caracterizados por padrões comportamentais identificáveis que podem ter um efeito marcado na saúde e bem-estar do indivíduo ou comunidade.

Vaz Serra (1986) define a autoestima como uma parte importante do autoconceito, estando associado à avaliação que a pessoa faz das suas capacidades e desempenho.

“A perceção da aparência corporal, importante componente de identidade pessoal, é uma construção multidimensional que representa como

a pessoa percebe seu próprio corpo” (Ferreira, Menezes et al., 2014, p. 291).

“O bem-estar psicológico é um construto multidimensional que reflete características relativas ao funcionamento psicológico positivo ou óptimo” (Machado & Bandeira, 2012, p. 593).

Questões de Investigação

Qual o perfil de saúde dos estudantes de enfermagem?

Quais os fatores que influenciam o perfil de saúde dos estudantes na transição para o ensino superior de enfermagem?

Metodologia

O estudo desenvolveu-se na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis (ESENFCVPOA). Caracteriza-se, por um estudo quantitativo longitudinal, numa perspetiva de investigação descritiva e correlacional. A população alvo do estudo foram os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem e dos cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem num total de 254 participantes, do ano letivo 2012-2013. Do total de estudantes (254) obtiveram-se 224 respostas aos questionários, correspondendo a 88,2%, valor considerado como uma boa taxa de retorno.

No sentido de analisar o perfil de saúde dos estudantes de enfermagem aplicámos a versão portuguesa dos questionários: Estilo de vida Fantástico (Silva, Brito, & Amado, 2014), complementado com a Escala de Autoimagem de Stunkard (Scagliusi et al., 2006), Escala de Autoestima de Rosenberg (Santos & Maia, 2003) e a versão abreviada do Questionário Bem-Estar Psicológico (QBEP; Grossi et al., 2006).

O questionário Estilo de vida Fantástico (Silva et al., 2014) é de autoavaliação e permite a exploração dos hábitos e comportamentos dos estilos de vida adequados para a saúde. O instrumento é constituído por 30 itens, de resposta fechada, agrupados em 10 domínios (FANTASTICO: F – Família e Amigos, A – Atividade física/Associativismo, N – Nutrição, T – Tabaco, A – Álcool e Outras drogas, S – Sono/Stresse, T – Trabalho e Tipo de personalidade, I – Intros-

peção, C – Comportamentos de saúde e sexual, O – Outros comportamentos. Cada um dos itens está operacionalizado em três opções de resposta (0, 1 ou 2). A soma de todos os pontos dá um *score* que varia entre 0 e 120, estratificando o comportamento em 5 níveis: 0 a 46 (*necessita de melhorar*), 47 a 72 (*regular*), 73 a 84 (*bom*), 85 a 102 (*muito bom*) e de 103 a 120 (*excelente*).

A Escala de autoimagem de Stunkard (Scagliusi et al., 2006) consiste numa escala de nove figuras, que varia de uma figura muito magra (representada por 1) até uma figura muito obesa (representada por 9). Os participantes escolhem, entre as nove figuras, uma que representa o seu tamanho corporal atual, uma que represente a figura saudável e outra a figura que desejariam ser. Essa escala produz cinco variáveis: 1) número correspondente à figura atual; 2) número correspondente à figura saudável; 3) número correspondente à figura ideal; 4) *score* da discrepância entre as figuras saudável e atual (subtraindo-se o número correspondente à figura saudável do número correspondente à atual); e 5) *score* da discrepância entre as figuras ideal e atual (subtrai-se o número correspondente à figura ideal do número correspondente à atual). Quanto mais próximo de zero forem os resultados, mais real é a percepção dos participantes e menor é a sua insatisfação.

A Escala de Autoestima de Rosenberg (Santos & Maia, 2003) está operacionalizada numa escala tipo Likert de 4 pontos que varia entre os seguintes campos semânticos (0 - *discordo fortemente* a 3 - *concordo fortemente*). A pontuação total da escala varia entre 0 e 40, sendo que pontuações elevadas indicam uma autoestima mais elevada.

A versão abreviada do QBEP (Grossi et al., 2006) é constituída por seis dimensões: Ansiedade; Vitalidade; Humor deprimido; Autocontrolo; Bem-estar positivo e Saúde em geral. Cada uma das dimensões está operacionalizada numa escala de tipo Likert de 6 pontos (0-5). A pontuação do questionário varia entre 0 e 30, sendo que o bem-estar psicológico dos participantes será tanto melhor quanto maior for o *score*.

Na análise de dados recorremos a estatística descritiva, correlacional e inferencial, adequada à natureza dos dados, com recurso ao IBM SPSS Statistics V22.0. Com recurso à correlação de

Pearson verificamos a correlação inter item do FANTASTICO, assim como a relação de cada uma das dimensões dos instrumentos utilizados com as variáveis atributo. Recorremos ao Teste *t* para comparar as médias das dimensões dos instrumentos utilizados com o género.

A participação no estudo foi voluntária, tendo sido garantido o anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência, o que não se verificou. A realização do estudo foi autorizada pelo presidente do conselho de direção da ESEnfCVPOA.

Resultados

Na nossa amostra a idade média dos estudantes é de aproximadamente 25 anos ($DP = 6,08$), variando entre 17 e 46 anos. A maioria dos estudantes é do género feminino (83%). Os 224 estudantes que participaram no estudo, distribuem-se, na sua maioria, pelo curso de licenciatura em enfermagem (75%) e pelos cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem: médico-cirúrgica 9,4%; reabilitação 10,3%; saúde mental e psiquiatria 5,4%. Os participantes do estudo têm em média, aproximadamente, três matrículas no ensino superior ($DP = 1,74$), variando entre uma e nove matrículas.

O estilo de vida dos participantes tem um valor médio global de 91,75 pontos ($DP = 12,94$ que se enquadra na categoria 85-102 pontos, que corresponde a *Muito Bom*. Nenhum dos participantes apresenta pontuação inferior a 46 pontos, 13 participantes (5,8%) apresentaram a classificação de *Regular* (entre 47-72 pontos), 47 participantes (21%) enquadram-se no *Bom* (entre 73-84 pontos), 128 participantes (57,1%) apresentam pontuação de *Muito Bom* e 36 participantes (16,1%) correspondem ao *Excelente* com a pontuação entre 103-120. Da análise dos domínios que compõe o FANTASTICO verificamos que os domínios família e amigos e outros comportamentos, tais como proteção e segurança rodoviária, são os que apresentam valores médios mais elevados. Os domínios com valores médios mais baixos são a Atividade física/Associativismo, a Nutrição, o Sono/Stress, Trabalho/Tipo de personalidade e Inspecção (Tabela 1).

Tabela 1

Estatística descritiva do estilo de vida dos participantes

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
F - Família e amigos	2	8	7,47	1,21
A - Atividade física/Associativismo	0	12	6,68	3,03
N - Nutrição	0	12	7,69	2,17
T - Tabaco	0	8	6,22	2,57
A - Álcool e Outras drogas	8	24	21,88	2,60
S - Sono/ <i>Stress</i>	0	12	8,52	2,73
T - Trabalho/Tipo de personalidade	2	12	7,61	2,27
I - Introspeção	0	12	8,66	2,60
C - Comportamentos de saúde e Sexual	2	12	9,36	2,14
O - Outros comportamentos	4	8	7,48	0,96
Global	54	120	91,75	12,94

Com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson fomos verificar como os diferentes domínios do FANTASTICO se relacionavam entre si (Tabela 2).

Verificamos que existe uma correlação po-

sitiva e significativa entre os domínios que apresentam valores médios mais baixos, a Atividade física/Associativismo, a Nutrição, o Sono/*Stress*, Trabalho/Tipo de personalidade e introspeção.

Tabela 2

Matriz de correlação dos domínios do FANTASTICO

	F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
F	1									
A	0,206** 0,002	1								
N	0,053 0,427	0,112 0,095	1							
T	0,165* 0,013	-0,022 0,745	0,180** 0,007	1						
A	0,066 0,325	0,031 0,649	0,070 0,297	0,364** 0,000	1					
S	0,246** 0,000	0,261** 0,000	0,258** 0,000	0,050 0,458	0,077 0,253	1				
T	0,245** 0,000	0,324** 0,000	0,212** 0,001	0,089 0,185	0,172* 0,010	0,567** 0,000	1			
I	0,220** 0,001	0,228** 0,001	0,225** 0,001	0,072 0,284	0,011 0,865	0,583** 0,000	0,519** 0,000	1		
C	0,167* 0,012	0,129 0,054	0,189** 0,005	0,029 0,661	0,017 0,803	0,318** 0,000	0,295** 0,000	0,326** 0,000	1	
O	0,089 0,185	0,079 0,241	0,051 0,444	-0,040 0,548	0,149* 0,026	0,062 0,357	0,220** 0,001	0,016 0,816	0,179** 0,007	1

*Correlação significativa para $p = 0,05$. **Correlação significativa para $p < 0,001$

Na distribuição dos domínios do FANTASTICO pelo género verificamos que os participantes do género feminino relatam caminhar menos de 30 minutos por dia do que o género masculino, $t(222) = -2,94, p = 0,004$. Os participantes do género feminino relatam fumar mais cigarros por dia do que o género masculino, $t(221) = 2,43, p = 0,016$. A quantidade de bebidas alcoólicas consumidas na mesma ocasião pelo género feminino é significativamente inferior à consumida pelo masculino $t(222) = 4,19, p < 0,001$. A capacidade para gerir o stresse no dia-a-dia das raparigas é inferior à dos rapazes $t(222) = -3,43, p = 0,001$. Os participantes do género feminino sentem-se menos confiantes e otimistas do que o masculino $t(222) = -2,90, p = 0,004$. O uso do cinto de se-

gurança é superior no género feminino do que masculino $t(222) = 2,20, p = 0,029$.

Na avaliação da autoimagem verificamos que os participantes do estudo têm uma boa autoimagem de si (79%) por se encontrarem na categoria que varia entre -1 e 1. Contudo, 21% dos participantes revelam insatisfação com a sua imagem corporal. No que se refere à avaliação da autoestima, na sua globalidade, os participantes têm um valor médio elevado de 34,20 ($DP = 4,53$), variando entre 19 e 40.

Agregando os itens da escala em dois fatores, no qual o fator 1 agrupa os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8, 9) e o fator 2 os itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7, 10), verificamos que os participantes apresentam valores médios equilibrados entre ambos os fatores (Tabela 3).

Tabela 3
Estatística descritiva da autoestima dos participantes

Autoestima	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Negativa	1,60	4,00	3,39	0,610
Positiva	2,00	4,00	3,46	0,429

A autoestima do género feminino (33,80) é inferior à do masculino (36,16), $t(222) = -3,81, p < 0,001$.

No que se refere ao bem-estar psicológico ve-

rificamos que os participantes apresentam um bem-estar psicológico médio de 15,07 ($DP = 2,24$), variando os valores de bem-estar psicológico entre 11 e 22 pontos (Tabela 4).

Tabela 4
Estatística descritiva do bem-estar psicológico dos participantes

Dimensão	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	0	5	2,66	1,215
Vitalidade	0	5	2,13	0,901
Humor deprimido	0	4	1,88	0,992
Autocontrolo	0	5	2,88	1,095
Bem-estar positivo	1	5	3,07	1,024
Saúde em geral	1	5	2,45	0,991

Com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson (r) verificamos a correlação entre as diferentes dimensões do bem-estar psicológico e as variáveis atributo.

Há uma correlação negativa e significativa entre o peso e a saúde em geral ($r = -0,199, p = 0,034$).

Assim, um peso mais elevado está associado a uma menor saúde.

A idade está negativamente relacionada com a ansiedade, $r = -0,304, p = 0,001$. À medida que a idade avança há uma menor perceção de ansiedade. Há uma correlação negativa e significa-

tiva entre a idade e a vitalidade, $r = -0,332$, $p < 0,001$. À medida que a idade avança a vitalidade é menor. A idade correlaciona-se negativa e significativamente com o humor depressivo, $r = -0,289$, $p = 0,002$, pelo que os mais jovens sentem-se psicologicamente mais abatidos. À medida que a idade avança maior é o autocontrolo $r = 0,338$, $p < 0,001$ e o bem-estar positivo $r = 0,273$, $p = 0,003$, revelando por isso mais alegria. Na sua globalidade, verificamos que à medida que a idade avança menor é o bem-estar psicológico, $r = -0,213$, $p = 0,024$.

Discussão

Os participantes do estudo têm globalmente em média um estilo de vida muito bom, que alinha com os resultados do estudo desenvolvido por Silva et al. (2014). Num estudo desenvolvido por Alcântara da Silva et al. (2015) os estudantes, apesar de referirem um excelente estilo de vida, o seu estilo de vida piorou depois de terem entrado numa IES. A entrada no ensino superior “é um período de mudança marcada pela conquista de mais autonomia e responsabilidade” (Tassini, Val, Candido, & Bachur, 2017, p. 120). Em resultado, à entrada no ensino superior devem ser programadas intervenções que visem minimizar o impacto da transição que estes estudantes vivenciam, através da promoção da saúde. Reconhecendo os domínios que maior impacto têm no estilo de vida dos estudantes, é possível implementar intervenções mais direcionadas para as necessidades individuais. Os domínios da Atividade física/Associativismo, a Nutrição, o Sono/*Stress*, o Trabalho/Tipo de personalidade e a introspeção são os que apresentam os valores médios mais baixos. Os valores médios mais baixos na Atividade física/Associativismo podem associar-se ao facto de esta não ser uma área central do curso de licenciatura em enfermagem, e daí ser relevante fomentar este tipo de atividades extracurriculares.

A entrada no ensino superior é marcada por mudanças a nível dos hábitos alimentares, nomeadamente, quando os estudantes estão deslocados do seu ambiente familiar e até mesmo, por influência do próprio grupo com quem passam a partilhar novas experiências.

“São momentos de transição potencialmente importantes na mudança de práticas alimentares, que podem até marcar trajetórias de práticas futuras e perceções de risco” (Alcântara da Silva, et al., 2015, p. 81). Os estudantes passam a adotar “hábitos alimentares práticos e rápidos, tal como a preferência por produtos industrializados, baixa ingestão de frutas, hortaliças e leguminosas e omissão de refeições” (Tassini et al., 2017, p. 121). Na avaliação das práticas alimentares dos estudantes devem ser considerados os seguintes indicadores de acordo com Moorhead, Johnson, e Maas (2010): práticas nutricionais saudáveis (tipo de alimentação, frequência das refeições); relação entre dieta, exercício e peso; estratégias de mudanças dos hábitos alimentares. A definição de indicadores de resultado permite uma definição mais clara das metas a alcançar aquando da definição do plano de intervenção tornando os objetivos tangíveis.

As questões do Sono/*Stress* podem advir do facto da “ansiedade e o *stress*, bem como as dificuldades de concentração são os sintomas sentidos com maior frequência pela grande maioria dos estudantes” (Alcântara da Silva et al., 2015, p. 48). As alterações do Sono/*Stress* podem relacionar-se com a transição que os estudantes vivenciam na mudança para o ensino superior e com as novas exigências que daí advêm. Contudo, não podemos deixar de referir o impacto que os fatores pessoais e sociais assumem na forma como os estudantes vivenciam esta transição. No estudo desenvolvido por Tassini et al. (2017) os estudantes referem sentir dificuldade de conciliar lazer, sono, horas livres e atividades exigidas pela faculdade e sentem-se cansados e stressados com o dia-a-dia. Estes resultados alinham com os resultados do nosso estudo no que se refere à correlação verificada entre a Atividade física/Associativismo, a Nutrição, o Sono/*Stress*, Trabalho/Tipo de personalidade e Introspeção. Assim, as pessoas que apresentam melhor qualidade de sono e capacidade de gerir o stress têm também sentimentos de maior felicidade, sendo mais otimistas e positivas relativamente à sua vida. Em resultado, as perturbações do sono e *stress* devem ser consideradas na avaliação dos domínios de vulnerabilidade dos estudantes em prol da definição do plano de intervenção. Os parti-

cipantes do nosso estudo evidenciam valores médios mais baixos no Trabalho/Tipo personalidade do que os participantes do estudo desenvolvido por Silva e Brito (2014). Em comparação com estudantes do sexo masculino, os estudantes do género feminino apresentam um maior consumo de tabaco, menor consumo de álcool e outras drogas, contudo também fica visível que têm menor capacidade para gerir o *stress*, sentindo-se menos confiantes e otimistas e têm uma menor autoestima. O maior consumo de álcool verificado nos estudantes do género masculino alinha com os resultados do estudo de Pimentel et al. (2013) e Rodríguez-Gázquez, Chaparro-Hernandez, e González-López (2016). O bem-estar psicológico dos estudantes é na sua globalidade mediano, revelando os estudantes valores mais baixos a nível do humor deprimido, sentindo-se psicologicamente abatidos. O humor deprimido é definido enquanto “Emoção negativa: sentimentos de tristeza e melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p. 62). Esta emoção negativa tem impacto significativo no desempenho académico dos estudantes, que se poderá repercutir na qualidade de vida dos estudantes. O percurso académico é marcado por novas exigências, pelo que é fundamental o desenho e implementação de estratégias de intervenção que visem minimizar o seu impacto no bem-estar e qualidade de vida dos estudantes. “O que está em causa é apoiar, educar, proteger e prevenir eventuais repercussões negativas para a saúde causadas por desafios de carácter académico e de socialização” (Pimentel et al., 2013, p. 199), pelo que a integração no ensino superior e o acompanhamento ao longo do percurso desempenha um papel preponderante na vida e sucesso académico dos estudantes. É fundamental que os *curricula* estejam devidamente alinhados com as necessidades individuais dos estudantes de forma a permitir o crescimento saudável e sustentável do indivíduo durante o seu percurso académico. Através da implementação de programas direccionados à promoção da saúde destes indivíduos estaremos a contribuir para uma população mais saudável. Uma limitação ao estudo pode relacionar-se

com o facto dos estudantes que participaram no estudo poderem ter respondido de acordo com aquilo que seria expectável, e não de acordo com os seus desígnios, o que pode ter influenciado os resultados.

Conclusão

O perfil de saúde dos estudantes de enfermagem está marcado por uma baixa Atividade física/Associativismo, alteração do padrão nutricional, alteração do sono e baixa capacidade para gerir o *stress*, Trabalho/Tipo de personalidade e Introspecção o que lhes propicia uma visão menos otimista e positiva. Estes domínios relacionam-se entre si, pelo que quando se promove uma alteração num dos domínios este relaciona-se significativamente com o outro. Assim sendo, é relevante incluir todos estes domínios no desenho de estratégias de intervenção. O plano de intervenção terá melhores resultados se o próprio estudante for parte integrante do desenho do plano, que deverá ser integrado nos *curricula*.

Os estudantes do género feminino revelam maior consumo de tabaco e menor consumo de álcool, mas também sentem menor capacidade para gerir o *stress*, sentindo-se menos confiantes e otimistas e têm uma menor autoestima.

O bem-estar psicológico dos estudantes é mediano, sendo que o humor deprimido é o que apresenta piores resultados. As emoções negativas têm impacto significativo no desempenho académico.

Em desenvolvimentos futuros era relevante o desenho de soluções que permitissem prever o nível de risco de cada indivíduo à entrada do ensino superior, definindo os critérios de vulnerabilidade de cada um, de forma a implementar intervenções direccionadas às necessidades individuais.

Referências bibliográficas

- Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). *Consumos e estilos de vida no ensino superior: O caso dos estudantes da ULisboa/2012*. Lisboa, Portugal: Observatório Permanente da Juventude.

- Brito, I. (2014). Um modelo de planeamento da promoção da saúde: Modelo PRECEDE-PROCEED. In R. Pedroso, & I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (Sér. Mon.12, pp.33-83). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE versão 2015*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Ferreira, A. A., Menezes, M. F., Tavares, E. L., Nunes, N., Souza, F., Albuquerque, N., ... Pinheiro, M. A. (2014). Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(2), 289-301. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838837007>
- Ferreira, F., Pereira, H., & Ferreira, A. (2014). Autoestima e estilos de vida: Que relação nos estudantes de enfermagem? In *IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa*, Coimbra, Portugal, 28 de julho de 2014 (p. 101)
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. London, England: Mayfield Publishing Company.
- Grossi, E., Groth, N., Mosconi, P., Cerutti, R., Pace, F., Compare, A., & Apolone, G. (2006). Development and validation of the short version of the Psychological General Well-being Index (PGWB-S). *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(88), 1-8. doi:10.1186/1477-7525-4-88
- Homem, F., Brito, I., Torres, A., Rodrigues, T., & Mendes, F. (2014). Eles e elas: Comportamentos e consumos em contextos recreativos. In R. Pedroso, I. Brito (Eds.), *Saúde dos estudantes do ensino superior de enfermagem: Estudo de contexto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra* (Sér. Mon.12, pp.33-83). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Machado, W., & Bandeira, D. (2012). Bem-estar psicológico: Definição, avaliação, e principais correlatos. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 587-595. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n4/v29n4a13.pdf>
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Okanagan Nation Elder (2015). Okanagan Charter: An international charter for health promoting universities and colleges. International Conference on Health Promoting Universities and Colleges. VII International Congress. Recuperado de <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/53926/items/1.0132754>
- Pimentel, M., Mata, M., & Anes, E. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: Mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 185-204. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n1/v14n1a12.pdf>
- Rodríguez-Gázquez, M., Chaparro-Hernandez, S., & González-López, J. R. (2016). Lifestyles of nursing students from a Colombian public university. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(1), 94-103. doi:10.17533/udea.iee.v34n1a11
- Santos, J. (2012). *Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. Programa de estudos pós-doutorais em Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*
- Santos, P., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.
- Silva, A., Brito, I., & Amado, J. (2014). Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1901-1909.
- Scagliusi, F. B., Alvarenga, M., Polacow, V. O., Cordás, T. A., Queiroz, G. K. O., Coelho, D., Philippi, S. T., & Lancha-Junior, A. H. (2006). Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*, 47(1), 77-82.
- Tassini, C., Val, G., Candido, S., & Bachur, C. (2017). Assessment of the lifestyle of university students in the healthcare area using the Fantastic Questionnaire. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 30(2), 117-122. doi:10.5935/2359-4802.20170024
- Vaz Serra, A. (1986). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.

Programas de promoção da saúde no ensino superior: revisão integrativa de literatura

Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature
Programas de promoción de la salud en la enseñanza superior: revisión integrativa de literatura

Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira^I, Irma da Silva Brito^{II}, Margarida Reis Santos^{III}

^I Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis. Oliveira de Azeméis, Portugal.

^{II} Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal.

^{III} Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

Como citar este artigo:

Ferreira FMPB, Brito IS, Santos MR. Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 4):1714-23. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0693>

Submissão: 22-02-2016

Aprovação: 07-06-2017

RESUMO

Objetivo: caracterizar as intervenções dos programas de promoção da saúde implementados em Universidades Promotoras de Saúde; analisar os resultados das intervenções dos programas de promoção da saúde. **Método:** revisão integrativa realizada na EBSCO, PubMed, SciELO, Scopus e Web of Science. Selecionaram-se artigos publicados entre os anos de 2000 e 2014, com evidências de programas de intervenção de promoção da saúde e avaliação de resultados. **Resultados:** foram incluídos 17 artigos. Os programas de promoção da saúde visavam aumentar o bem-estar dos estudantes, com ênfase na atividade física, saúde sexual e melhoria do ambiente de suporte à saúde no âmbito da comunidade universitária. **Conclusão:** as estratégias de promoção da saúde em contexto universitário nem sempre resultam da convergência entre ações educativas, políticas, legislativas ou organizacionais que apoiam estilos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos ou coletividades e que contribuem para melhoria do ambiente físico e social.

Descritores: Promoção da Saúde; Universidades; Estudantes; Participação Comunitária; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to characterize the interventions of health promotion programs implemented in Health Promoting Universities; to analyze the results of the interventions of health promotion programs. **Method:** integrative review carried out in EBSCO, PubMed, SciELO, Scopus and Web of Science. Articles published between 2000 and 2014 were selected, with evidence of health promotion intervention programs and evaluation of results. Results: 17 articles were included. The health promotion programs aimed at increasing the welfare of students, with an emphasis on physical activity, sexual health and on improving the environment of health support within the university community. **Conclusion:** health promotion strategies in an university context do not always result from the convergence between educational, political, legislative or organizational actions that support lifestyles and conditions which are favorable to the health of individuals or groups, and that contribute to improving the physical and social environment.

Descriptors: Health Promotion; Universities; Students; Community Participation; Education in Nursing.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar las intervenciones de los programas de promoción de la salud implementados en Universidades Promotoras de Salud; analizar los resultados de las intervenciones de los programas de promoción de la salud. **Método:** revisión integrativa realizada en la EBSCO, PubMed, SciELO, Scopus y Web of Science. Se seleccionaron artículos publicados entre los años 2000 y 2014, con evidencias de programas de intervención de promoción de la salud y evaluación de resultados. **Resultados:** se incluyeron 17 artículos. Los programas de promoción de la salud tenían el objetivo de aumentar el bienestar de los estudiantes, con énfasis en la actividad física, salud sexual y mejora del entorno de apoyo a la salud en el ámbito de la comunidad universitaria. **Conclusión:** las estrategias de promoción de la salud en el contexto universitario no siempre resultan

de la convergencia entre acciones educativas, políticas, legislativas u organizacionales que apoyan estilos de vida e condiciones favorables a la salud de los individuos o colectividades y que contribuyen a la mejora del entorno físico y social.

Descritores: Promoción de la Salud; Universidades; Estudiantes; Participación Comunitaria; Educación en Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira E-mail: fernandaprincipe@esenfcvpoa.eu

INTRODUÇÃO

As Universidades Promotoras de Saúde (UPS) são espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde para a comunidade educativa, pois melhoram o perfil de saúde por meio do desenvolvimento do ensino, da investigação e do compartilhamento de conhecimentos, o que contribui, também, para o bem-estar e sustentabilidade da comunidade em geral e, ainda, para a avaliação da eficácia dos programas de intervenção⁽¹⁾. Espaços promotores de saúde são contextos de intervenção onde se dinamizam estratégias multiníveis e se mobilizam conhecimentos para a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis⁽²⁻³⁾. Esses contextos integram um conjunto de dinâmicas sociais em que diferentes atores aprendem, trabalham, socializam e aproveitam o tempo de trabalho ou lazer e serviços disponíveis em prol da saúde individual e coletiva, tornando-se, assim, ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento sustentável⁽⁴⁾. Esta abordagem tem sido aplicada com sucesso em muitas escolas de ensino básico e pré-universitário em todo o mundo. No ensino superior, o processo não foi tão amplo, uma vez que a promoção da saúde não é o *core business* destas instituições. Contudo, ao procurar integrar um compromisso de promoção da saúde, é imperativo que possamos demonstrar e ilustrar como o investimento no bem-estar pode contribuir para a prossecução dos seus objectivos e da missão institucional⁽⁵⁾.

Assumindo que o ensino superior ocupa uma posição na sociedade de vanguarda pedagógica, científica e tecnológica, seria desejável que, em relação à aquisição de aptidões dos estudantes, coexistisse um investimento na plenitude do desenvolvimento humano que só será alcançado se todo o sistema educativo também investir em saúde. Este aspecto ganha ainda maior relevo quando adotadas boas práticas no âmbito da promoção da saúde (PrS) por meio de autonomia, infraestruturas e redes complexas⁽⁶⁾. O ensino superior tem a responsabilidade de desenvolver estratégias que visem à capacitação dos estudantes, à promoção do autocontrole e, conseqüentemente, a melhorar a saúde e reorientar o foco dos serviços, com ênfase na PrS e prevenção da doença pela integração de um vasto conjunto de atividades e programas educacionais⁽⁷⁾.

Alguns autores propõem um quadro conceitual que contribua para a criação de contextos saudáveis, com base em um modelo ecológico de saúde pública, com abordagem sistêmica e holística, recorrendo à organização e ao desenvolvimento da comunidade para introduzir e gerir a mudança neste contexto, de modo a integrar a saúde e o bem-estar na cultura e nas atividades econômicas e da comunidade em geral. Sugerem que tal abordagem deve fundamentar-se em determinados valores como a participação, a equidade e a parceria⁽⁸⁾.

O American College Health Association (ACHA) desenvolve padrões de prática profissional de PrS no ensino superior⁽⁹⁾. Em resultado, foram publicadas as normas de Boas Práticas para a Promoção da Saúde no Ensino Superior que norteiam a avaliação e garantia da qualidade da PrS no ensino superior⁽¹⁰⁾. Essas normas

apresentam sete critérios: integração com a missão das Instituições de Ensino Superior (IES); prática de abordagem socioecológica; prática colaborativa; competência cultural; prática baseada na teoria; prática baseada na evidência; aperfeiçoamento profissional e prática ética. Em consonância com as recomendações internacionais de práticas participativas, salientamos a importância dos programas de PrS no ensino superior basearem-se na pesquisa-ação participativa. Daí ser relevante a inclusão dos padrões de qualidade do International Collaboration on Participatory Health Research (ICPHR)⁽¹¹⁾. Nesse sentido, na prática efetiva da PrS no ensino superior, seria desejável que as instituições concebesssem e implementassem estratégias de PrS que envolvessem os estudantes, docentes e não docentes (educação pelos pares) e os recursos locais para garantir a sustentabilidade.

Com base nas evidências descritas sobre os critérios de PrS em contexto do ensino superior⁽¹⁰⁻¹¹⁾, torna-se pertinente realizar uma revisão integrativa da literatura que possibilite identificar as estratégias de intervenção dos programas de PrS implementados em UPS e analisar os seus resultados.

OBJETIVO

Caracterizar as intervenções dos programas de promoção da saúde implementados em Universidades Promotoras de Saúde; analisar os resultados das intervenções dos programas de promoção da saúde.

MÉTODO

Com vista ao alcance dos objetivos propostos, optou-se por uma revisão integrativa da literatura, método que proporciona a síntese de conhecimentos, pois possibilita reunir resultados de estudos significativos⁽¹²⁾. As etapas que orientaram o desenvolvimento desta revisão foram: 1- elaboração da pergunta norteadora, 2- estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos, 3- definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, 4- análise crítica dos estudos incluídos, 5- análise, síntese e apresentação dos resultados⁽¹²⁾.

A pergunta norteadora da pesquisa foi: Quais as estratégias e os resultados obtidos nas intervenções dos programas de Promoção da Saúde implementados em Universidades Promotoras da Saúde?

A seleção dos estudos foi realizada por três autores, de forma independente e concomitante, em setembro de 2015, por meio do acesso on-line em bases e bancos de dados de destaque na área da saúde: EBSCO, PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Scopus e Web of Science. Foram cruzados os descritores controlados presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e os termos do Medical Subject Headings (MeSH) e utilizados os operadores booleanos AND e OR, assim elaborando a estratégia de pesquisa com base nos descritores e termos controlados com a combinação dos descritores health promotion

AND students AND consumer participation AND education, higher OR universities.

Constituíram critérios de inclusão para seleção dos artigos: publicações em português, inglês e espanhol, com textos completos e disponíveis nas bases e nos bancos de dados selecionados, no período de 2000 a 2014, que respondessem à questão norteadora.

Foram encontrados 803 artigos e identificados, pelo título, 165 estudos, dos quais excluímos 148 pela leitura do resumo, tendo sido incluídos 17 artigos. Os artigos excluídos apresentavam no resumo ou no título os descritores PrS, mas referiam-se a estudos descritivos sobre comportamento, percepções ou opiniões dos estudantes universitários sobre temas relacionados com a saúde e não apresentavam resultados sobre programas de intervenção

ou sua eficácia (Figura 1). Excluímos também os estudos epidemiológicos e metodológicos, por não corresponderem aos objetivos propostos.

A análise dos 17 artigos foi realizada pelos investigadores, dois a dois, de acordo com os requisitos das UPS, tendo por base os critérios de Boas Práticas para a Promoção da Saúde no Ensino Superior de ACHA⁽¹⁰⁾. Para avaliar o grau de participação e os resultados das intervenções, baseamo-nos nos padrões de qualidade da pesquisa ação-participativa definidos pelo ICPHR⁽¹¹⁾. Na dimensão de participação, consideramos as seguintes categorias: 1. Contratual: as pessoas são “contratadas” para os projetos de PrS e agem como informantes; 2. Consultivo: as pessoas são convidadas para emitirem as suas opiniões e consultadas por investigadores antes da realização das intervenções; 3. Colaborativo: investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos em projetos dirigidos, implementados e geridos pelos investigadores; 4. Colegial: investigadores e pessoas da comunidade trabalham juntos como colegas e compartilham suas diferentes competências num processo de aprendizagem mútua. Na dimensão dos resultados obtidos, consideramos a extensão de implementação de programas incluídos nas UPS, o seu impacto e as políticas de saúde.

Para facilitar a análise dos artigos, foi construído um quadro síntese (Quadro 1), no qual se descrevem os seguintes itens: autor, país/ano, objetivos, participantes, intervenções/programa, de forma a potencializar o nosso alcance interpretativo dos achados.

A análise interpretativa dos resultados dos artigos incluídos na revisão, tendo em vista a resposta à nossa questão norteadora, foi operacionalizada num quadro que orientou a análise crítica do conteúdo dos artigos selecionados, por procedimento fechado, tendo por base os critérios definidos para esta revisão integrativa (Quadro 2). Esta análise permitiu a caracterização dos programas de PrS tendo por base os critérios ACHA⁽¹⁰⁾, ICPHR⁽¹¹⁾ e os resultados dos programas.

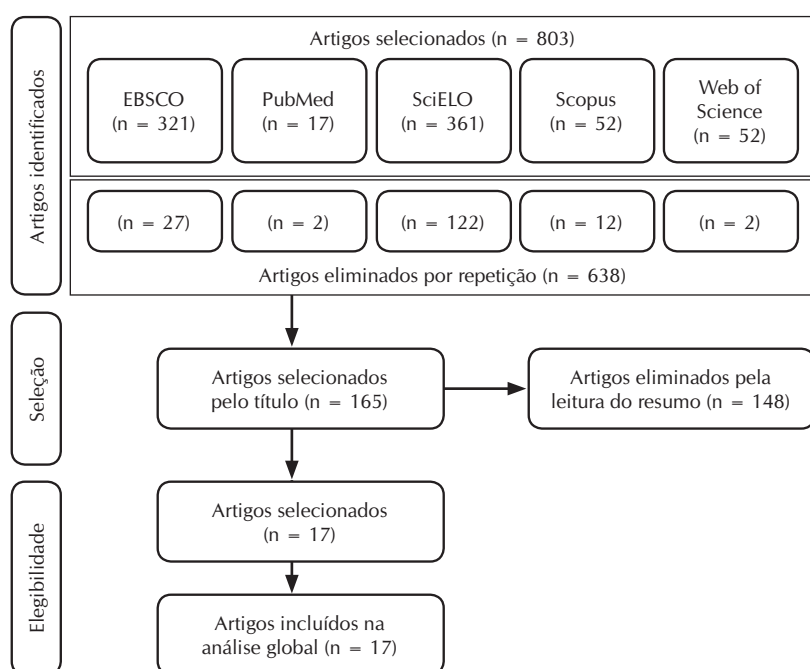


Figura 1– Fluxograma representativo da seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa

Quadro 1 – Síntese dos artigos que compuseram a revisão integrativa

	Autor	País/ Ano	Objetivos	Participantes	Intervenções/Programa
Promoção da Saúde	Xiangyang T, Lan Z, Xueping M, Tao Z, Yuzhen S, Jagusztyn M ⁽⁷⁾	China/ 2003	Criar universidades promotoras da saúde tendo como base os princípios da Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Melhorar o ambiente de suporte à saúde no âmbito da comunidade universitária. Capacitar os membros da comunidade universitária para que possam melhorar e preservar as suas próprias saúdes e a de terceiros.	Comunidade educativa, poder local, instituições de saúde e consultoria de peritos na educação para a saúde, Organização Mundial de Saúde.	Educação pelos pares e programas de educação para a saúde. Criação de serviços de saúde (cessação tabágica, saúde mental e prevenção de IST/SIDA, nutrição). Implementar atividades na comunidade com a participação dos estudantes. Reformulação das políticas da universidade com vistas a promover a saúde dos estudantes, professores e funcionários administrativos. Criação de um ambiente físico e social saudável. Integração curricular de uma disciplina de educação para a saúde.

Continua

Quadro 1 (cont.)

	Autor	País/ Ano	Objetivos	Participantes	Intervenções/Programa
Promoção da Saúde	Prieto RA ⁽¹³⁾	Colômbia/ 2003	Desenhar um modelo de promoção de saúde direcionado à atividade física de uma comunidade acadêmica.	Estudantes universitários e profissionais de saúde	Modelo multidimensional: identificação de necessidades; elaboração do programa, validação e implementação. Cursos livres de esportes, grupos de dança; assistência terapêutica; 2 seminários abertos; assessoria direta aos desportistas. As atividades foram incluídas nos espaços curriculares.
	Moskovics JM, Calvetti PU ⁽¹⁴⁾	Espanha/ 2008	Descrever a experiência de um curso de capacitação desenvolvido para prevenção das DST/AIDS.	Estudantes de Master	Workshops de capacitação desenvolvidos por psicólogos. O curso teve 15h de duração, no decorrer de três semanas, cinco encontros de 3h, com oficinas sobre sexualidade, DST/AIDS, drogas e elaboração de projetos. Foram realizadas atividades com base numa metodologia participativa e problematizadora. Oportunizaram-se técnicas vivenciais sobre vulnerabilidade, prevenção, promoção de saúde e protagonismo. Foram capacitados agentes multiplicadores e criado um espaço de formação/reflexão tendo em vista a conscientização das emoções e dos valores envolvidos, bem como de conhecimentos relativos à prevenção das DST/AIDS.
	Tavares J, Pereira A, Gomes AA, Cabral AP, Fernandes C, Huet I, et al. ⁽¹⁵⁾	Portugal/ 2006	Apresentar uma intervenção curricular no âmbito de uma disciplina de opção livre, denominada Estratégias de Promoção do Sucesso Acadêmico no Ensino Superior.	Estudantes e docentes universitários	Sessões preparatórias e reflexão sobre um tema, seguidas de sessões plenárias ("Ritmo de sono e vigília em estudantes universitários e sucesso acadêmico"; "Literácias e sucesso acadêmico"; "Técnicas de discurso e apresentação de trabalhos"; "Experiências de aprendizagem e autoregulação acadêmica"; "Promoção da saúde e bem-estar no Ensino Superior". Poderia ser desenvolvido pelos estudantes (ou especialistas convidados por estes) com acesso on-line.
	Cabrera RA, Ramos GS, Palú MEC, Cáceres BP ⁽¹⁶⁾	Cuba/ 2013	Promover a saúde sexual e reprodutiva dos estudantes.	Estudantes universitários	Grupos focais e entrevistas em profundidade; workshops de capacitação e comunicação; Programa de rádio e jornais; aconselhamento personalizado. Verificou-se melhoria dos conhecimentos dos estudantes.
	Mello MVO, Junior BR, Menossi BRS, Vieira FSF ⁽¹⁷⁾	Brasil/ 2014	Promover estilos de vida saudáveis por meio da utilização das redes sociais.	Estudantes	Posts de mensagens preventivas: atividade física, hábitos alimentares; drogas; doenças; atividade sexual; segurança e trânsito. Verificou-se aumento da utilização das redes sociais.
	Alvarez M, Oliveira M ⁽¹⁸⁾	Portugal/ 2007	Aumentar as competências comportamentais e estimular a adoção de comportamentos preventivos diante de HIV/SIDA que não envolvam apenas o uso consistente do preservativo, mas nomeadamente a realização de teste de despistagem do HIV/SIDA por ambos os parceiros.	Estudantes universitários	Capacitação com 6 sessões semanais de 3 horas cada envolvendo um grupo controle sujeito a outras intervenções e uma avaliação pré e pós-teste, com follow-up decorridos 6 meses. Verificou-se melhoria na adesão a outros comportamentos preventivos para além do uso de preservativos e na realização de testes de despistagem do HIV/SIDA.
	Reger B, Williams K, Kolar M, Smith H, Douglas J ⁽¹⁹⁾	EUA/ 2002	Implementar um plano de bem-estar geral para a universidade.	Estudantes do ensino pré e pós- graduado, docentes, administrativos, funcionários e reformados voluntários, sindicatos, médico escolar e líder comunitário.	Projeto de 12 semanas, com sessões semanais de ação participativa, tomada de decisão e resolução de problemas. Atividades participativas sobre estilos de vida saudáveis, reflexão, discussão e planificação de programas de bem-estar, com avaliação do estado de saúde no início e ao término das 12 semanas, constando de: medidas antropométricas, pressão arterial, análises clínicas, além de questionário de avaliação do risco de saúde. O projeto resultou na criação de um gabinete de saúde e bem-estar, programas de medicina do trabalho, cursos de pós-graduação sobre gestão e avaliação de estilos de vida, relatórios com a avaliação de prevalência de risco e propostas de avaliação. Conferência anual sobre saúde e bem-estar na Universidade.

Continua

Quadro 1 (cont.)

	Autor	País/ Ano	Objetivos	Participantes	Intervenções/Programa
Promoção da Saúde	Mason IG, Brooking AK, Oberender A, Harford JM, Horsley PG ⁽²⁰⁾	Nova Zelândia/ 2002	Gerir o ambiente e reduzir a produção de lixo.	Gestores universitários, estudantes, docentes e não docentes.	Introdução de sistemas de coleta seletiva de resíduos e gestão ambiental (física e de energia); formação da comunidade educativa. Verificadas redução na quantidade de lixo e economia de energia que, pela eficácia, financiaram 50% do programa. Assinou-se um protocolo de responsabilidade ambiental, inclusão curricular e criação de um clube do ambiente e envolvimento de empresas na gestão de resíduos.
	Healy D, Mc Sharry P ⁽²¹⁾	Irlanda/ 2010	Promover a autoconsciência nos alunos de enfermagem em relação ao próprio estado de saúde e comportamentos pessoais.	Estudantes de Enfermagem	Os estudantes tiveram a oportunidade de avaliar o estresse percebido nas suas vidas e foram seguidos em sessões de relaxamento guiadas pelo facilitador. Os processos de ensino focam-se na participação ativa dos estudantes por meio do compartilhamento de experiências. Workshops foram incluídos no currículo do curso de enfermagem.
Saúde Pública	Murphy BL, Dipietro, NA, Kier KL ⁽²²⁾	EUA/ 2010	Aumentar conhecimentos e a utilização de ácido fólico.	Estudantes universitários de Farmácia	Palestra de 30 minutos, cartazes e mensagens por e-mail com avaliação antes e após 4 semanas.
	Lameiras M, Ricoy MC, Carrera MV, Failde J M, Núñez AM ⁽²³⁾	Espanha/ 2011	Conhecer a satisfação com a utilização do preservativo feminino, bem como as vantagens e os obstáculos encontrados para usá-lo.	Estudantes universitários e especialistas	Workshops de capacitação sobre contracepção e proteção sexual com grupos mistos, apenas de homens e mulheres (3 sessões com 1,5h cada). Sessões de avaliação com grupos de discussão com a duração de 45 a 60 minutos. Verificados aumento da satisfação com o uso do preservativo e ampliação dos conhecimentos.
	Cabieses B, Muñoz M, Zuzulich S, Contreras A ⁽²⁴⁾	Chile/ 2006	Implementar a lei antitabaco na universidade.	Comunidade acadêmica de Enfermagem, especialistas e Ministério da Saúde	Trabalho colaborativo e sustentável entre vários membros importantes da comunidade: concurso internacional "Quit & Win"; Dia Mundial sem Tabaco; fórum de debate; distribuição de folhetos; website; aviso público. Verificou-se alteração nas políticas de saúde e organizacionais.
	Mendoza AZ ⁽²⁵⁾	México/ 2005	Contribuir para a redução do consumo de drogas mediante um processo de liderança transformador, que promova enfoque holístico e de promoção da saúde.	Estudantes de Enfermagem e comunidade	Campanhas regulares de promoção de educação em saúde para a universidade e comunidade em geral; Formação de grupos de apoio à saúde; Sistema de educação em saúde por meio de intervenção em feiras de saúde; Cuidados e avaliação individualizados. Foram criadas políticas de saúde no âmbito acadêmico, em articulação com a comunidade, e redes de investigação de nível nacional e internacional.
Saúde Pública	Rodríguez BC, Chacón AJM, González TR ⁽²⁶⁾	México/ 2010	Reduzir o consumo de álcool e outras drogas em estudantes universitários por meio do fornecimento de ferramentas para aumentar os fatores de proteção e diminuir aqueles de risco.	Voluntários, matriculados na Universidade com 19-30 anos, especialistas	Workshop com duração de 6 meses, em um total de 15 sessões, e avaliação por meio de questionários. Promoveu-se a interação com a participação ativa dos participantes e verificou-se redução dos fatores de risco e aumento dos protetores.
	Higgins SJW, Lauzon LL, Yew AC, Bratseth CD, McLeod N ⁽²⁷⁾	Canadá/ 2010	Promover o bem-estar no campus universitário.	Estudantes universitários	Curso de promoção da saúde de 13 semanas, com 39h de contato, durante 2 anos. Verificou-se aumento dos conhecimentos a nível nutricional, bem-estar social e ambiental, autocuidado, gestão emocional e ocupacional. Implementada corrida temática relacionada com saúde e bem-estar.

Continua

Quadro 1 (cont.)

	Autor	País/ Ano	Objetivos	Participantes	Intervenções/Programa
Universidades Promotoras de Saúde	Dooris M, Doherty S ⁽⁸⁾	Reino Unido/ 2010	Explorar o potencial para a criação de programa Nacional de UPS que possa contribuir para saúde, bem-estar e desenvolvimento sustentável.	Associação. Acadêmica de estudantes do Ensino Superior, Departamento de Saúde e de Inovação das Universidades; Academia de Educação Superior; Ministério do Ensino Superior; União Nacional de Estudantes; Royal Society das Universidades de Saúde Pública	Implementação de um programa nacional para Universidades Promotoras de Saúde. Realização de workshops em parceria com a Rede Nacional de Universidades Saudáveis, a fim de apresentar os resultados dos estudos de investigação desenvolvidos no âmbito nacional com parceiros e Universidades. Resultou em um trabalho em rede mediante a criação de standards com impacto na saúde e no bem-estar de todos estudantes e restante da academia, por meio da educação, investigação e transferência de conhecimento e práticas institucionais, com benefícios também para a Saúde Pública.

Quadro 2 – Caracterização dos programas implementados nos estudos dos artigos incluídos na revisão integrativa

Referenciação numérica dos artigos		7	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	8
Critérios de análise		Promoção da Saúde											Saúde Pública				UPS	
Boas práticas para a promoção da saúde, ACHA ⁽¹⁰⁾	1. Integração com a missão de ensino superior	X	X	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	X
	2. Prática de abordagem socioecológica	X	X	X	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	X	X
	3. Prática colaborativa	X	X	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	X	-	-	X
	4. Competência cultural	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	X	X	-	-	-	-
	5. Prática baseada na teoria	-	X	-	-	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-	X	X	-
	6. Prática baseada na evidência	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-
	7. Aperfeiçoamento profissional e prática ética	X	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Nível de Participação, ICPHR ⁽¹¹⁾	1. Pesquisa-ação participativa	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-
	1.1. Contratual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
	1.2. Consultivo	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	X	X
	1.3. Colaborativo	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1.4. Colegial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Resultados dos programas	1. Resultados obtidos na implementação de programas incluídos nas UPS	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X
	2. Impacto	X	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	X	-	X	X
	3. Políticas de saúde	X	X	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	X	-	-	-

Nota: UPS – Universidade Promotora de Saúde

RESULTADOS

Os estudos incluídos na revisão (17) foram desenvolvidos em 13 universidades de diferentes países: Brasil (1), Canadá (1), Colômbia (1), Chile (1), China (1), Cuba (1), Espanha (2), Irlanda (1), México (2), Nova Zelândia (1), Portugal (2), Reino Unido (1) e Estados Unidos da América (2) e publicados entre os anos de 2002 e 2014.

Um dos estudos⁽⁸⁾ reporta a opinião de 64 instituições de ensino superior e teve por finalidade estudar atitudes, possível apoio, benefícios e desafios, potencialidades e lideranças na implementação de programas de PrS em contexto universitário.

Após análise dos projetos incluídos na revisão foi construído um quadro conceitual flexível e simples, centrado nos processos de mudança por meio de autoavaliação e mediante aplicação de questionários e realização de entrevistas com representantes das instituições. Os resultados foram divulgados durante a realização de workshops em parceria com a Rede Nacional de UPS.

Quanto aos objetivos dos programas de PrS apresentados nos diferentes estudos, verificamos que nem todos se enquadram na abordagem de PrS, mas sim na de Saúde Pública (SP): prevenção de doença⁽²²⁾, implementação da lei antitabaco⁽²⁴⁾, redução do consumo de álcool, tabaco e outras drogas⁽²⁵⁻²⁶⁾ e utilização de preservativos⁽²³⁾,

com estratégias prescritivas como workshops e palestras ministradas por especialistas. Importante salientar que um dos programas⁽²⁷⁾ preconizava a promoção do bem-estar no campus universitário. No entanto, dos 855 estudantes inicialmente participantes, apenas 60 participaram da avaliação final, sendo estes ressarcidos com 20 dólares cada por suas participações no programa.

Os programas com abordagem de PrS visavam aumentar o bem-estar geral^(7,15,17,19,21), sobretudo dos estudantes, embora alguns enfatizassem a prática de atividade física⁽²²⁾, a saúde sexual^(14,16,18) e a melhoria do ambiente de suporte à saúde no âmbito da comunidade universitária⁽²⁰⁾. Nesses estudos ficou evidente a dissonância entre a prática e o conceito de UPS, não sendo observados os critérios que as definem como IES promotoras de saúde, dado que os programas se aplicavam a pequenos grupos de estudantes voluntários ou a turmas e não à instituição como um todo.

Boas práticas para a Promoção da Saúde

Aplicados os critérios da ACHA⁽¹⁰⁾, nos seis programas enquadrados na SP, verificamos que apenas um estudo⁽²⁴⁾ apresentava evidência de integração com a missão das IES enquanto, dos 10 programas enquadrados na PrS, 50% apresentavam este requisito^(7,13,19-21). As atividades foram incluídas nos espaços curriculares obrigatórios^(13,20-21) ou opcionais⁽⁷⁾ da licenciatura ou foram criados cursos de pós-graduação e grupos de voluntários⁽¹⁹⁾.

Quanto às práticas de abordagem socioecológica, nos seis programas enquadrados na SP, apenas um⁽²⁷⁾ realizou grupo focal para identificação de barreiras, aplicando o modelo PRECEDE-PROCEED. Já nos programas enquadrados na PrS, 50% incluíram práticas de análise multidimensional^(7,13-14,19-20).

Alguns programas referiam prática baseada na teoria. Naqueles de inspiração na SP, um seguiu as recomendações do Disease Control and Prevention⁽²²⁾, outro o Modelo Educativo Integral e Flexível⁽²⁶⁾ e outro o modelo PRECEDE-PROCEED⁽²⁷⁾. Nos demais programas categorizados como PrS, dois faziam referência a modelos^(16,18). Em dois estudos, identificamos evidências de planejamento e criação de um comitê científico, porém sem referência a um modelo de de PrS^(13,19).

Dos seis programas enquadrados na SP, em dois estudos verificamos evidência de prática colaborativa⁽²⁴⁻²⁵⁾; nos programas enquadrados na PrS, havia a participação de vários departamentos da universidade^(13,19-20), de toda a comunidade educativa^(7,19) e de parceiros de diversos setores sociais^(7,19-20).

Dos programas analisados da SP, apenas dois demonstraram evidência de preocupação com a competência cultural⁽²³⁻²⁴⁾: um por permitir a expressão de opiniões e inquietudes acerca da nova lei do tabaco e outro, pela referência ao fato dos workshops de saúde sexual levarem em consideração o gênero. Em um dos programas enquadrados na PrS⁽¹⁴⁾, as estratégias incluíram técnicas grupais de reflexão crítica para a conscientização da diversidade cultural e, em outro⁽¹⁹⁾, ficou evidente a preocupação de recrutamento de elementos de grupos minoritários e de baixa condição econômica.

Na dimensão prática baseada na evidência, verificamos que um dos programas⁽²⁴⁾ recorreu à revisão da literatura e dois^(19,27) explicitaram a aplicação dos instrumentos, TestWell Survey e Health Path, respetivamente. Outro⁽²⁰⁾ fez referência a instrumentos de avaliação já validados, não sendo, contudo, clara a sua referência. Os programas com evidência de aperfeiçoamento

profissional e prática ética enquadram-se, com unanimidade, na PrS^(7,19-20), mas indicavam apenas capacitação dos professores.

Nível de participação dos intervenientes

Nos estudos identificados, embora envolvessem docentes, estudantes, não docentes e representantes da comunidade, não encontramos evidências de que os programas de PrS se enquadrassem completamente na pesquisa-ação participativa. Dos seis programas com cariz de SP, um⁽²⁴⁾ desenvolveu trabalho colaborativo com a participação de todos membros da comunidade educativa e outro⁽²⁷⁾ mencionou o uso do modelo participativo e realizou grupo focal para identificação de barreiras.

Os estudos⁽¹⁹⁻²⁰⁾ evidenciaram estratégias de pesquisa participativa, uma vez que incluíam promoção do duplo empowerment com base nos ganhos obtidos em saúde e bem-estar na comunidade, na mobilização comunitária e na participação de toda a comunidade académica, em especial na ação de estudantes voluntários que trabalharam com os investigadores.

Pela análise dos artigos, foi possível verificar que, em um dos estudos⁽²¹⁾, as relações estabelecidas entre os participantes foram do tipo contratual, uma vez que 65 estudantes foram “contratados” para agir como informantes. Nos demais^(7,8,20,24,27), os participantes foram convidados para que pudessem emitir e partilhar as suas opiniões, como fontes privilegiadas, sobre os programas de PrS e igualmente consultados para fornecer dados para a avaliação, antes e após o desenvolvimento de projetos, e ainda colaboraram na identificação de necessidades. Entretanto, não foram delineadas estratégias em conjunto para melhorar o contexto ou superar as barreiras, o que denota o carácter consultivo no relacionamento entre investigadores e participantes. O processo colaborativo apenas foi identificado em um estudo⁽¹⁹⁾.

Resultados dos programas de intervenção

Na análise segundo o enquadramento proposto neste estudo (programas inspirados na SP ou na PrS) identificamos os resultados expressos em relação aos sujeitos-alvo, às IES e às políticas de saúde.

Dos seis programas enquadrados na SP, cinco⁽²³⁻²⁷⁾ explicitaram resultados, alguns centrados apenas nos sujeitos-alvo (amostras pequenas) e outros na comunidade educativa. Um programa⁽²³⁾ avaliou a satisfação com a utilização do preservativo feminino, bem como as vantagens e os obstáculos identificados para usá-lo, com um grupo de 83 estudantes de três campus da Universidade. Não foram encontradas referências em relação à eficiência da utilização deste tipo de proteção sexual, tampouco sobre o impacto desta capacitação nos demais estudantes. Em dois programas⁽²⁵⁻²⁶⁾, as intervenções visavam reduzir o consumo de álcool e outras drogas em estudantes universitários e comunidade por meio da realização de workshops de 15 sessões para aumentar os fatores de proteção e reduzir os de risco, assim como de campanhas regulares de educação em saúde, formação de grupos de apoio, feiras de saúde e consultas individualizadas. Essas intervenções promoveram redução de 74% nos fatores de risco, aumento de 70,3% naqueles protetores⁽²⁶⁾ e geraram políticas de mobilização da comunidade académica, maior articulação com as estruturas locais e, ainda, redes de investigação nacionais e internacionais⁽²⁵⁾.

O programa⁽²⁷⁾ que tinha subjacente o modelo PRECEDE-PROCEED para promover o bem-estar em três campus universitários realizou um curso de PrS, durante 2 anos, tendo concluído que os 60 estudantes que participaram na avaliação final, após oito meses, apresentaram ganhos em saúde.

Nos dez programas que se enquadravam na PrS, apenas um não apresentava evidência de resultados⁽¹³⁾ e quatro relatavam apenas os resultados nos sujeitos-alvo: 15 estudantes de mestrado⁽¹⁴⁾, 34 de licenciatura,⁽¹⁷⁾ 7 universitários no grupo experimental e 6 no de controle⁽¹⁸⁾.

Três programas^(7,19-20) apresentaram evidência de resultados nas três vertentes: sujeitos-alvo, institucional e nas políticas de saúde. Em um dos estudos⁽⁷⁾, o programa objetivou adotar ou reformular as políticas do Campus Universitário com vistas a: promover a saúde de toda a comunidade acadêmica; criar um ambiente físico e social saudável; desenvolver competências pessoais para a saúde por meio da educação dos pares; instituir serviços de saúde e implementar atividades na comunidade com a participação dos estudantes. Além disso, integraram atividades de PrS sobre saúde mental, dirigidas aos estudantes, no plano anual da universidade e dos cursos, com atribuição de créditos.

Em um dos estudos encontramos um programa de intervenção⁽¹⁹⁾ que teve por base um projeto de 12 semanas, com sessões semanais participativas, sobre estratégias de tomada de decisão e resolução de problemas. Foi realizada avaliação inicial e final do estado de saúde dos participantes. O estudo menciona que todos os participantes colaboraram no processo de planificação das estratégias de educação para a saúde e a eles foi aplicado um questionário de avaliação do risco de saúde. Verificou-se diminuição de comportamentos aditivos e doenças do foro mental/emocional e aumento do conhecimento das vias de transmissão de DST/SIDA. Foi reconhecido que a saúde e o bem-estar no contexto das UPS contribuem positivamente para os pilares da instituição - qualidade, recrutamento, experiência, diferenciação, produtividade, sucesso e sustentabilidade, uma vez que educam os líderes do futuro.

Por último, emergiu um programa⁽²⁰⁾ centrado na gestão ambiental para reduzir a produção de lixo. Houve formação de um grupo de trabalho constituído por gestores da universidade, estudantes voluntários, docentes e não docentes, com mobilização geral. A redução de lixo e a economia de energia foram quantificadas e permitiram financiar 50% do programa. Foi ainda criado um clube do ambiente e a pesquisa foi incorporada nas atividades académicas integrando várias disciplinas. A assinatura de um protocolo de responsabilidade ambiental nas universidades firmou a colaboração com uma empresa de cafeteria e o envolvimento de vários departamentos/disciplinas.

A criação de políticas para a saúde foi o componente mais referido nos três programas que integraram o número mais elevado dos critérios em análise^(7,19-20), apresentando maior consonância com os requisitos das UPS. Esses artigos sintetizavam o conhecimento assimilado após a implementação de programas multidimensionais dirigidos a toda a comunidade académica e ao ambiente. Todos referiam a participação da comunidade educativa e de parceiros como o poder local, instituições de saúde externas e consultoria de peritos na educação para a saúde ou na conceção do programa de PrS.

DISCUSSÃO

Dos dezessete estudos que faziam referência a estratégias de intervenção, seis (35%) enquadraram-se nas orientações de saúde pública e, por isso, constituíram-se como estratégias pouco abrangentes, diretivas e muito normativas. Dos programas que se enquadraram na abordagem de PrS, foi possível identificar que apenas três abrangiam a universidade como um todo e cumpriam os requisitos dos contextos promotores de saúde, aproximando-se de abordagens de pesquisa-ação participativa.

Salientamos que as universidades formam estudantes que são ou serão profissionais e formuladores de políticas com potencial de influenciar as condições que afetam a qualidade de vida das pessoas⁽⁵⁾. Assim, mediante o desenvolvimento de um projeto político-pedagógico e de pesquisa que vise à PrS, podem ampliar o conhecimento e o comprometimento com a saúde de um vasto número de pessoas, uma vez que as capacitam em várias áreas de atuação. Isto inclui o comprometimento não apenas de profissionais da área da saúde, mas também de estudantes e docentes dos cursos das áreas sociais, tecnológicas e humanas. Em termos académicos, transformar uma instituição em contexto promotor de saúde tem o potencial de reforçar as discussões sobre saúde em diversas áreas académicas e ampliar a credibilidade de pesquisas inovadoras na área, além de conferir suporte para uma mudança no foco das pesquisas, direcionando-as para ações do tipo multinível⁽²⁻³⁾, interdisciplinares, centradas na resolução de problemas com impacto na qualidade de vida e de combate às desigualdades sociais e de saúde.

Outros estudos^(7-8,19-20) relataram programas que abrangem toda a comunidade académica e oferecem oportunidades para a universidade influenciar a saúde e a qualidade de vida dos seus membros, assim como da comunidade externa, o que favorece maior conhecimento e reafirma a cidadania. Esses programas transformaram as universidades e a comunidade abrangente e contribuem para a melhoria da saúde em três áreas distintas: promovendo espaços de trabalho de aprendizagem e vivências saudáveis para estudantes, funcionários e outros sujeitos-alvo; ampliando a importância da saúde, da PrS, da saúde pública no ensino e na pesquisa; e desenvolvendo alianças e parcerias para a mobilização comunitária.

Problematizar a formação com base na PrS favorece a intersectorialidade e interdisciplinaridade. Esta intersectorialidade, por sua vez, quando integrada à formação de profissionais de saúde, coaduna-se com as orientações da Organização Mundial de Saúde que têm propagado o conceito e apoiado a estratégia de criação de ambientes saudáveis⁽²⁸⁾. Quando se opta por incluir as atividades de PrS no processo formativo de novos profissionais em todas as áreas, favorece-se uma formação integral, pois há estímulo à prática profissional responsável, alinhada com a realidade social^(1,29). As universidades têm a responsabilidade de facilitar a capacitação do estudante no controle de sua saúde e bem-estar⁽³⁰⁾, de forma a ajudá-lo a tomar as melhores decisões acerca da sua saúde⁽³¹⁾.

A proposta Peer-Education Engagement & Evaluation Research – Instituições de Ensino Superior Salutogênicas (PEER-IESS) - objetiva desenvolver referenciais de boas práticas em educação pelos pares e promoção da saúde em contexto comunitário, envolvendo jovens e estudantes do ensino superior de enfermagem de língua oficial portuguesa (Portugal, Angola, Brasil e Cabo Verde). PEER-IESS é um modelo de pesquisa-ação participativa em que, por meio

de um “grupo semente”, mobiliza-se uma instituição de ensino superior para gerar ambientes promotores de saúde.

Parece-nos importante validar este modelo considerando que, partindo da capacitação de um grupo constituído por estudantes, docentes, não docentes e líderes comunitários, é possível avaliar as necessidades em saúde, as quais, por sua vez, fundamentam a conceção de estratégias de PrS com foco em procedimentos dialógicos e formas criativas de fazer PrS e mobilização comunitária. Trata-se, portanto, de um processo colaborativo passível de ser aplicado em escolas de enfermagem, em que investigadores, estudantes e pessoas da comunidade trabalham juntos e desenvolvem projetos de PrS.

Limitações do estudo

Verificamos que a maioria dos estudos analisados não foi desenvolvida em instituições de ensino superior de enfermagem. Apenas um deles se reportou a uma instituição de ensino superior caracterizada como Universidade Promotora de Saúde.

Contribuições para a área da enfermagem

Esta revisão integrativa pode contribuir para a construção de um referencial de validação de um modelo de pesquisa-ação participativa para a transformação de uma escola de ensino superior de enfermagem em um contexto promotor de saúde. Esta premissa assume maior relevância na formação superior em enfermagem, uma vez que, durante a graduação, os estudantes já são dotados de competências na área da PrS, pelo seu impacto na determinação da

prevalência de comportamentos de risco na saúde da sociedade e na promoção de estilos de vida saudáveis⁽³¹⁾. Tais achados aplicam-se plenamente à educação em enfermagem, uma vez que, para que esses estudantes se tornem profissionais competentes no futuro, devem, em primeiro lugar, adquirir estilos de vida saudáveis, tendo em vista a sua formação para cuidar de pessoas.

CONCLUSÃO

As estratégias de PrS nem sempre resultam de um sinergismo de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional que apoiam hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades e contribuem para o aumento da literacia em saúde, redução de comportamentos de risco e melhoria do ambiente físico e social. Os 17 programas analisados evidenciaram esses benefícios, sobretudo os que se baseavam nos pressupostos da PrS, mais do que nos de saúde pública.

As evidências científicas relacionadas a programas de intervenção no ensino superior mostram pequena relação com os requisitos dos contextos promotores de saúde, da pesquisa ação-participativa, o que se reflete no nível de participação dos intervenientes, tanto nos programas com abordagem de PrS quanto de SP. Poucos programas incluem os critérios de boas práticas para a PrS no ensino superior, tais como o aperfeiçoamento profissional e prática ética, as competências culturais e a prática baseada na evidência.

Esta revisão sugere também ser necessário investir mais na publicação dos resultados de intervenções de promoção da saúde em contexto universitário.

REFERÊNCIAS

1. International Conference on Health Promoting Universities & Colleges. Okanagan Charter: an international charter for health promoting universities and colleges[Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 27];1-11. Available from: <http://hdl.handle.net/2429/54938>
2. World Health Organization-WHO. Healthy Settings[Internet]. Geneve: WHO; 2016 [cited Dec 27 2016]. Available from: http://www.who.int/healthy_settings/en/
3. World Health Organization-WHO. 9th Global conference on health promotion: Global leaders agree to promote health in order to achieve Sustainable Development Goals[Internet]. Geneve: WHO; 2016 [cited Dec 27 2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/conference-health-promotion/en/>
4. Dooris M, Wills J, Newton J. Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities. *Scand J Public Health*[Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 27];42(15):7-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1403494814544495>
5. Dooris M, Doherty S, Orme J. The application of salutogenesis in universities. In: Mittelmark MB, et al. *The Handbook of Salutogenesis*[Internet]. England: Springer; 2017 [cited 2017 May 03];237-45. Available from: <http://eprints.uwe.ac.uk/29811>
6. Sirakamon S, Chontawan R, Akkadechanun T, Turale S. An ethnography of health-promoting faculty in a Thailand university. *Health Promot Int*[Internet]. 2013[cited 2016 Aug 17];25(1):1-10. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/25/heapro.dat083.full.pdf+html>
7. Xiangyang T, Lan Z, Xueping M, Tao Z, Yuzhen S, Jagusztyn M. Beijing health promoting universities: practice and evaluation. *Health Promot Int*[Internet]. 2003 [cited 2015 Sep 17];18(2):107-13. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/18/2/107.full.pdf+html>. doi:10.1093/heapro/18.2.107
8. Dooris M, Doherty S. Healthy Universities: time for action: a qualitative research study exploring the potential for a national programme. *Health Promot Int*[Internet]. 2010[cited 2015 Sep 17];25(1):94-106. Available from: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/25/1/94.long>. doi: 10.1093/heapro/daq015
9. Sharma M. *Theoretical foundations of health education and health promotion*. USA: Jones & Bartlett Learning; 2016.
10. American College Health Association. *Standards of practice for health promotion in higher education*. 3 ed. Hanover; 2012.
11. International Collaboration on Participatory Health Research-ICPHR. *Position Paper 1: what is participatory health research?* Version: May 2013. Berlin: ICPHR; 2013.

12. Souza MT, Silva M, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*[Internet]. 2010 [cited 2016 Aug 17];8(1):102-06. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf
13. Prieto RA. Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria. *Rev Salud Pública*[Internet]. 2003[cited 2015 Sep 17];5(3):284-300. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642003000300005>
14. Moskovics JM, Calvetti PÜ. Formação de multiplicadores para a prevenção das DST/AIDS numa universidade espanhola. *Psicologia: Ciência e Profissão*. [Internet] 2008 [cited 2015 Sep 17];28(1):210-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n1/v28n1a16.pdf>
15. Tavares J, Pereira A, Gomes AA, Cabral AP, Fernandes C, Huet I, et al. Estratégias de promoção do sucesso acadêmico: uma intervenção em contexto curricular. *Anál Psicol* [Internet]. 2006 [cited 2015 Sep 17];24(1):61-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n1/v28n1a16.pdf>
16. Cabrera RA, Ramos GS, Palú MEC, Cáceres BP. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Rev Cubana Salud Pública*[Internet]. 2013[cited 2015 Sep 17];39(1):161-74. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n1/161-174/es>
17. Mello MVO, Bernardelli Jr B, Menossi BRS, Vieira FSF. Comportamentos de risco para a saúde de estudantes da Universidade Estadual do Norte do Paraná (Brasil): uma proposta de intervenção online. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2014[cited 2015 Sep 17];19(1):159-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00159.pdf>
18. Alvarez M, Oliveira M. Programa de prevenção do HIV/SIDA para estudantes universitários: um estudo piloto. *Rev Port Educ*[Internet]. 2000[cited 2015 Sep 17];20(2):183-211. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37420207>
19. Reger B, Williams K, Kolar M, Smith H, Douglas J. Implementing University-Based Wellness: a participatory planning approach. *Health Promot Pract*[Internet]. 2002 [cited 2015 Sep 17];3(4):507-14. Available from: <http://hnp.sagepub.com/content/3/4/507.abstract>. doi:10.1177/152483902236721
20. Mason IG, Brooking AK, Oberender A, Harford JM, Horsley PG. Implementation of a zero waste program at a university campus. *Resourc Conserv Recycl*[Internet]. 2003 [cited 2015 Sep 17];38(4):257–69. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0921-3449\(02\)00147-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0921-3449(02)00147-7)
21. Healy D, Mc-Sharry P. Promoting self-awareness in undergraduate nursing students in relation to their health status and personal behaviours. *Nurse Educ Pract*[Internet]. 2011[cited 2015 Sep 17];11(4):228-333. Available from: [http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953\(10\)00135-6/abstract](http://www.nurseeducationinpractice.com/article/S1471-5953(10)00135-6/abstract). doi:10.1016/j.nepr.2010.10.009
22. Murphy BL, Dipietro NA, Kier KL. Knowledge and use of folic acid among college women: a pilot health promotion program led by pharmacy students and faculty. *Pharmacy Practice*[Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 17];8(4):220-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1886-36552010000400003>
23. Lameiras M, Ricoy MC, Carrera MV, Failde JM, Núñez AM. Evaluación del uso del preservativo femenino promovido desde un programa de educación para la salud: un enfoque cualitativo. *Saúde Soc*[Internet]. 2011 [cited 2015 Sep 17];20(2):410-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200013>
24. Cabieses B, Muñoz M, Zuzulich S, Contreras A. Cómo implementar la nueva ley chilena antitabaco al interior de la universidad. *Rev Panam Salud Publica*[Internet]. 2008 [cited 2015 Sep 17];23(5):361-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000500013>
25. Mendoza AZ. Actividades realizadas en enseñanza a través del programa de promoción de la salud y prevención de adicciones en el periodo 2003-2004. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2005 [cited 2015 Sep 17];13(spe2):1201-1206. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000800015>
26. Rodríguez BC, Chacón AJM, González TR. Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal. *Acta Colombiana Psicol* [Internet]. 2010 [cited 2015 Sep 17];13(2):19-33. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3636173.pdf>
27. Higgins SJW, Lauzon LL, Yew AC, Bratseth CD, McLeod N. Wellness 101: health education for the university student. *Health Educ*[Internet]. 2010[cited 2015 Sep 17];110(4):309-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1108/09654281011052655>
28. World Health Organization-WHO. WHO's Global School Health Initiative: Health Promoting Schools: a healthy setting for living, learning and working[Internet]. Geneva: WHO. 1998 [cited 2016 Aug 17]. Available from: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/92.pdf
29. Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dooris M. Health promoting universities: concept, experience and framework for action. Copenhagen: World Health Organization; 1998.
30. Holt M, Powell S. Healthy Universities: a guiding framework for universities to examine the distinctive health needs of own students population. *Perspect Public Health*[Internet]. 2016[cited 2016 Dec 27];20(21):1-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1757913916659095>
31. Polat U, Ozen S, Kahraman BB, Bostanoğlu H. Factors Affecting Health-Promoting Behaviors in Nursing Students at a University in Turkey. *J Transcul Nurs*[Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 27];27(4):413-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1043659615569536>

**ANEXO II: Curso de formação para capacitação do “grupo
semente”**



PEER, 2012

FORMAÇÃO DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO UNIVERSITÁRIO

O curso de **Formação de grupos de promoção da saúde em contexto universitário** tem por objectivo mobilizar as comunidades universitárias para promover a saúde de jovens, com o foco em procedimentos dialógicos e formas criativas de fazer intervenção na comunidade. O planeamento das intervenções de promoção da saúde será baseado no modelo PRECEDE-PROCEED (Green, 2009) e nos critérios de qualidade da investigação-acção participativa. O processo envolve a criação e formação de "grupos semente" para conceber e implementar estratégias de promoção da saúde com base numa avaliação inicial: Estilo de Vida dos Jovens e Projectos de Promoção da Saúde em funcionamento na sua universidade. Esta abordagem estratégica irá apoiar o desenho das intervenções e, por se utilizarem instrumentos de avaliação comuns a outras universidades, proporcionará um procedimento comum e estrutura de suporte para ajudar cada "grupo semente" na definição do seu projecto de investigação-acção participativa apropriado ao seu contexto. Isto incluirá:

- O desenvolvimento de um modelo participativo para reduzir os problemas e promover a saúde da juventude universitária;
- A implementação de respostas baseadas em evidência científica, específicas e flexíveis para as necessidades da juventude universitária;
- A avaliação do valor acrescentado gerado pela investigação-acção participativa, especialmente para aumentar a consciência da responsabilidade social para promover a saúde juvenil.

OBJECTIVOS

No final da formação os "grupos semente" deverão ser capazes de:

1. Reconhecer os princípios e processos de desenvolvimentos de um contexto promotor de saúde, nomeadamente na mobilização de uma comunidade universitária;
2. Identificar os princípios psicopedagógicos da Educação pelos Pares
3. Treinar técnicas de dinamização de grupos e de gestão de conflitos
4. Conceber intervenções de promoção da saúde em contexto universitário
5. Reconhecer a articulação entre a Educação pelos Pares e a investigação-acção participativa como estratégias que permitirão atingir os objectivos de uma universidade promotora da saúde

CONTEÚDOS

1. Contextos promotores de saúde e mobilização de uma comunidade universitária
2. Princípios psicopedagógicos da Educação pelos Pares
3. Dinamização de grupos e gestão de conflitos
4. Desenho de intervenções de promoção da saúde em contexto universitário
5. Universidade promotora da saúde e a investigação-acção participativa

TOTAL DE HORAS

20 presenciais e 10 em videoconferência

Coordenação: Irma Brito & Fernando Mendes

Coimbra, Janeiro, 2012

Grupo-alvo:

Professores e estudantes de preferência com experiência de intervenção em promoção da saúde e/ou comunitária e Pessoal não docente cuja função exija contacto com estudantes

CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS	HORAS	
1. Apresentação	PPT 1. Plano da formação D1. Quem é quem. Dinâmica de apresentação Q1: Quem sou eu. Reflexão sobre estilos de vida	60min	Dia 1: 6 horas
2. Contextos promotores de saúde e mobilização de uma comunidade universitária	D2. O meu estilo de vida mudou? Dinâmica de grupo PPT 2. Promoção da saúde em contexto universitário	90min	
3. Dinamização de grupos e gestão de conflitos	D3. Ovo flutuante. Dinâmica de grupo D4. Avenida complicada. Dinâmica de grupo PPT3. Trabalho em equipa e comunicação	120 min	
4. Desenho de intervenções de promoção da saúde em contexto universitário	PPT4. Modelo PRECEDE-PROCEED	90 min	
4.1. Diagnóstico social	TG1. Caracterização do contexto e da qualidade de vida da comunidade educativa	60 min	Dia 2: 7 horas
4.2. Diagnóstico epidemiológico	TG2. Estilos de vida: Análise dos resultados do questionário EVF numa comunidade educativa P1. Planeamento da avaliação inicial	60 min	
5. Princípios psicopedagógicos da Educação pelos Pares	D5. Pipocas. Dinâmica de grupo PPT6. Educação pelos Pares	90 min	
6. Dinamização de grupos e gestão de conflitos	D6. Frente a frente. Dinâmica de grupo PPT5. Comunicação e gestão de conflitos	120 min	
7. Universidade promotora da saúde e a investigação-acção participativa	PPT7. Universidade promotora da saúde e investigação-acção participativa: critérios de qualidade	90 min	Dia 3: 6 horas
8. Projecto de promoção da saúde	P2. Feira de projectos. Apresentação dos projectos em desenvolvimento na instituição PPT7. Planeamento de intervenções de promoção da saúde	120 min	
8.1. Avaliação intermédia	A1. Reflexão individual sobre o trabalho desenvolvido e colocação de dúvidas/questões D7. A mão. Dinâmica de grupo	120 min	
Modulo II. A realizar-se após aplicação dos instrumentos de avaliação inicial			
8.2. Problemas identificados e recursos disponíveis	D7. Passerelle. Dinâmica de grupo P3. Apresentação e discussão do trabalho realizado: avaliação inicial e análise dos projectos em desenvolvimento na instituição	120 min	Dia 4: 6 horas
8.3. Proposta de intervenção	TG3. Concepção de uma proposta de intervenção	120 min	
8.4. Negociação da implementação	TG4. Plano de implementação	120 min	
8.5. Validação da proposta de intervenção	P4. Apresentação e discussão da proposta de intervenção Reflexão sobre indicadores de avaliação	Fórum comunitário	Dia 5: 5 horas

Formadores: Irma Brito & Fernando Mendes (PEER, 2012)

**ANEXO III: Guião de Observação participante dos contextos
recreativos**

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO-PARTICIPANTE EM CONTEXTOS RECREATIVOS

Este guião permite diagnosticar, avaliar e comparar os contextos recreativos noturnos, mais frequentados pelos jovens na cidade de Oliveira de Azeméis. Previamente foram mapeados locais sobre os quais irão incidir o estudo (Ex: uma área mais e outra menos conflituosa ou com culturas recreativas diferentes). Escolha um dos locais mais populares na sua zona. Observe os espaços e entreviste *staff* ou clientes.

Identificação e descrição da clientela no geral (clientes habituais e ambiente)	
Nome do bar:	
Tipo (bar, discoteca, <i>after-hours</i> ...):	
Horário de abertura:	
Idade média aproximada dos clientes:	
Género predominante:	
Atividades principais (dançar, beber, outra):	
Tipo de música:	
Iluminação:	
Decoração do espaço (contemporânea, clássica, outro):	
Existem mensagens agressivas na música, nas paredes ou que fazem parte da decoração (incluindo mensagens racistas/machistas ou outras)?	
Existe um <i>marketing</i> para atrair o cliente (flyers, promoções de bebidas, convites, etc.)?	
Em relação ao local, o que é que os jovens procuram quando lá vão?	

Observações:

Acesso e segurança do local. Critérios usados na supervisão dos clientes que entram no local (controlo da admissão de menores , de peessoas conflituosas, de posse de armas ou droga e da lotação do local)	
Lotação do local:	
Existem porteiros? Quantos?	
Nº aproximado de pessoas presentes?	
Existe preço de entrada? Quanto?	
Estratégias de monitorização e reação em caso de sobrelotação:	
Existe algum controlo em relação à idade? Qual?	
Existe algum controlo em relação a armas? Qual?	
Existem estratégias de controlo na admissão de clientes? Quais?	
Os porteiros estão treinados para supervisionar a admissão ao local?	
O que acontece às pessoas que estão sob o efeito de álcool e pretendem entrar?	
O que é que o <i>staff</i> faz se alguém usar drogas?	

Observações:

Acerca do <i>staff</i>. (Quantas pessoas fazem parte, têm formação profissional, condições de trabalho)	
Empregado/Barman/Porteiro/Segurança	
DJ	
Relações Públicas	
Porteiro/Segurança (referir se é contratado ou por uma empresa externa)	
Outros	
O <i>staff</i> é facilmente reconhecido pelos clientes (uniformes, distintivos, etc)?	
O <i>staff</i> é treinado para minimizar problemas?	
O <i>staff</i> realiza reuniões periódicas para avaliar a segurança no local?	
O <i>staff</i> está treinado para gerir conflitos?	
Algum membro do <i>staff</i> tem treino de primeiros socorros?	
Algum membro do <i>staff</i> tem treino de segurança em casos de incêndio?	
Existe luz suficiente no local para permitir que o <i>staff</i> veja a totalidade do espaço?	
O DJ tem contacto com os clientes?	

Observações:

Condições de saúde dentro do local (condições de segurança e emergência e medidas de prevenção de acidentes)	
Existem saídas de emergência?	
Existem alarmes de deteção de incêndios?	
Existem suficientes “apanha-copos” (as mesas ou outras superfícies não estão cheias de copos/garrafas vazias)?	
Existem copos na pista de dança?	
Existem copos de segurança (plástico)?	
Há provisão de comida?	
Existem áreas de <i>chill-out</i> ?	
Existe sempre água nas casas de banho?	
As casas de banho são limpas com regularidade?	
As casas de banho permitem controlo pelo <i>staff</i> ?	
Existem fornecimento de água a baixo custo/gratuita?	
Existem boas condições de ventilação/ar condicionado?	
Existem preservativos disponíveis/acessíveis?	
A temperatura do ar ambiente é controlável?	
Existe material de primeiros socorros?	

Observações:

Consumo de bebidas (medidas de prevenção e controlo de consumo ou de incentivo ao consumo)	
Existem promoções de bebidas ou <i>happy-hours</i> ?	
Existem testes de alcoolemia e/ou estratégias para persuadir os clientes para não conduzir alcoolizados?	
Existem medidas que garantam a segurança dos clientes relativamente à embriaguez? Quais?	
Se ocorrerem estados de embriaguez o <i>staff</i> sabe como minimizar os danos? O que fazem?	
O <i>staff</i> está treinado para não vender bebidas alcoólicas a indivíduos visivelmente embriagados?	
O <i>staff</i> não bebe durante o serviço?	
Existem promoção de bebidas energéticas?	
O preço da água e bebidas não alcoólicas tem um custo muito mais reduzido que o preço de outras bebidas?	
Consumo de drogas (medidas de prevenção e controlo de consumo ou de incentivo ao consumo)	
Existem sinais de consumo de <i>cannabis</i> no recinto?	
Existem sinais de que outras drogas são consumidas no recinto? Quais?	
Existem sinais de venda de drogas no recinto?	
Existe informação contra o consumo de drogas (<i>flyers, slogans, publicidade, entre outros</i>)?	
São tomadas medidas para prevenir o tráfico de drogas no local? Quais?	
Transportes (Informação e disponibilidade de transportes junto aos locais recreativos)	
Existe informação sobre transportes públicos para os clientes (<i>percursos e horários</i>)?	
Informação sobre serviços de táxis?	

Outro (transporte dos locais ou de outras entidades)?	
É fácil estacionar junto ao local?	
Existem medidas preventivas de acidentes rodoviários no local? Que medidas?	
Ações preventivas (medidas de prevenção de riscos e diminuição de danos)	
Existem alguns programas/atividades de minimização de riscos e redução de danos no local? Quais?	
Está disponível informação sobre riscos, drogas, sexo, condução ou violência?	
Há alguma interação com as forças policiais em caso de conflito?	
Existem estratégias em comum com outros locais com o fim de prevenir problemas comuns?	
Há alguma associação com as autoridades para a prevenção e controlo de riscos e problemas?	

Observações:

Data:

Nome de quem recolheu os dados:

ANEXO IV: Questionários

A. Assinale com uma cruz a opção com que mais se identifica

	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
De uma forma geral, estou satisfeito/a comigo mesmo	4	3	2	1
Às vezes penso que não presto para nada	1	2	3	4
Penso que tenho algumas boas qualidades	4	3	2	1
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas	4	3	2	1
Creio de que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar	1	2	3	4
Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil	1	2	3	4
Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros	4	3	2	1
Gostaria de ter mais consideração por mim próprio	1	2	3	4
Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado	1	2	3	4
Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa	4	3	2	1
TOTAL				

BP. Nas questões que se seguem são enumeradas situações que podem traduzir como se pode ter sentido ou reagido **durante o último mês**. Indique a frequência ou intensidade, assinalando com uma cruz a opção correspondente.

I. Sentiu-se incomodado(a)/aborrecido(a)/nervoso?

0_ Extremamente 1_ Muitíssimo 2_ Bastante 3_ Algo 4_ Um pouco 5_ Nada

II. Quanta energia ou vitalidade sentiu?

5_ Senti-me cheio de energia e muito animado(a)

4_ Senti que o meu nível de energia variou bastante (com energia a maior parte das vezes)

3_ Senti que o meu o meu nível de energia variou um pouco

2_ Geralmente senti-me com pouca energia e pouco animado(a)

1_ Muito pouco animado(a) e com pouca energia, na maior parte das vezes

0_ Senti-me esgotado(a). Sem qualquer energia ou ânimo.

III. Sentiu-se abatido (em baixo)

5_ Nunca 4_ Pouco tempo 3_ Parte do tempo 2_ Uma boa parte do tempo 1_ A maior parte do tempo 0_ Sempre

IV. Sentiu-se emocionalmente estável e seguro(a) de si próprio

0_ Nunca 1_ Pouco tempo 2_ Parte do tempo 3_ Uma boa parte do tempo 4_ A maior parte do tempo 5_ Sempre

V. Sentiu-se alegre

0_ Nunca 1_ Pouco tempo 2_ Parte do tempo 3_ Uma boa parte do tempo 4_ A maior parte do tempo 5_ Sempre

VI. Sentiu-se cansado(a), exausto(a) ou desgastado(a).

5_ Nunca 4_ Pouco tempo 3_ Parte do tempo 2_ Uma boa parte do tempo 1_ A maior parte do tempo 0_ Sempre

TENHO UM ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO?

Caros colaboradores da ESEnfcvpoa,



Este questionário permite-lhe fazer a autoavaliação acerca do seu estilo de vida e recolher alguma informação pertinente sobre a saúde. A aplicação deste questionário insere-se no projecto PEER Instituições de Ensino Superior Salutogénicas (IESS)

Solicitamos que preencha de forma sincera todas as questões. Garantimos confidencialidade e anonimato na análise e tratamento dos dados e que apenas esta equipa terá acesso aos mesmos, pelo que não serão utilizados para fins alheios a esta intervenção de promoção da saúde.

Caso queira mais esclarecimentos, o nosso contacto é fernandaprincipe@esenfcvpoa.eu

Muito obrigada pela colaboração.

Sexo : M ___ F ___ Nascimento: ___/___/___ Habilitações académicas:

1. Considera ter vícios/dependências? Sim ___ Não ___ Se sim , quais?

1.1. Alguma vez tentou modificar esse comportamento? Sim ___ Não ___

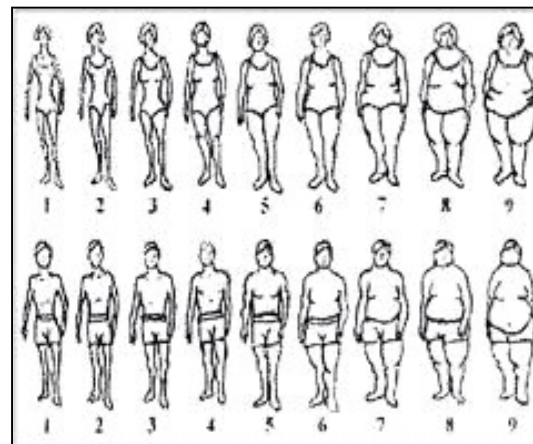
2. Em média quantas noites sai para actividades recreativas? ___ por semana ___ por mês

2.1. Quanto gasta, em média, por noite (inclui transporte, tabaco, alimentos, entradas? _____ €

3. Encontra-se deslocado do seu local de residência habitual? Sim ___ Não ___

3.1. Se sim , com quem vive?

4. Das figuras apresentadas, indique o número que representa...



4.1. A forma como se vê ___

4.2. A forma como gostaria de ser ___

4.3. Que número que representa ser saudável? ___

5. Quantas pessoas fazem parte do seu agregado familiar? ___

5.1. Qual o rendimento mensal aproximado do seu agregado familiar?

1. ___ Até 1 ordenado mínimo (±500€)

2. ___ De 1 a 3 ordenados mínimos (±1500€)

3. ___ De 4 a 6 ordenados mínimos (±3000€)

4. ___ De 7 a 10 ordenados mínimos (±5000€)

5. ___ Mais de 10 ordenados mínimos

6. Peso _____ Altura _____ IMC _____

COD Questionário _____

COMO É O SEU ESTILO DE VIDA? Ano de nascimento _____ Sexo ____

1 UBP = 1 bebida fermentada

2 UBP = 1 bebida destilada

Preencha a grelha considerando a sua vida no último mês..... Some os pontos em cada coluna

F	A	N	T	A		S	T	I	C	O
Família e amigos	Actividade física/ Associativismo	Nutrição	Tabaco	Álcool e outras drogas		Sono e Stress	Trabalho / Tipo de personalidade	Introspecção	Comportamento s de saúde e sexual	Outros comportamentos
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	Sou membro de um grupo comunitário e/ou de auto-ajuda (doentes crónicos, voluntários, religião, desporto ou outros) e participo nas actividades :	Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente:	Fumo cigarros:	A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (1 UBP=1 bebida) é:	Uso substâncias psicoactivas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy ou "legal high"(spice, etc):	Durmo bem e sinto-me descansado:	Sinto-me acelerado e/ou atarefado:	Sou uma pessoa optimista e positiva:	Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:	Como peão e passageiro, cumprio as medidas de protecção e/ou segurança pessoal e rodoviária:
2 Quase sempre	2 Quase sempre	2 Todos os dias	2 Não, nos últimos 5 anos	2 0 a 7 bebidas	2 Nunca	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase sempre	2 Sempre	2 Sempre
1 As vezes	1 As vezes	1 As vezes	1 Não, no último ano	1 8 a 12 bebidas	1 Ocasionalmente	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	1 As vezes	1 As vezes
0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Sim, este ano	0 Mais de 12 bebidas	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Quase nunca
Dou e recebo carinho/afectos:	Realizo actividade física (andar, subir escadas, tarefas domésticas, fazer jardinagem) ou pratico desporto durante 30 minutos de cada vez:	Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fastfood:	Geralmente fumo _____ cigarros por dia:	Bebo mais de 6 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	Uso excessivamente medicamentos que me recitam ou que posso adquirir livremente na farmácia:	Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	Sinto-me tenso e/ou pressionado:	Converso com o/a parceiro/a, família e/ou amigo/as sobre temas de sexualidade:	Como condutor, respeito as regras de segurança rodoviária (cinto de segurança e uso de telemóvel, etc):
2 Quase sempre	2 3 ou mais vezes por semana	2 Nenhum destes	2 Nenhum	2 Nunca	2 Quase nunca	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase nunca	2 Sempre	2 Sempre
1 As vezes	1 1 vez por semana	1 Alguns destes	1 1 a 10 cigarros por dia	1 Ocasionalmente	1 Às vezes	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	1 As vezes
0 Quase nunca	0 Não faço nada	0 Todos	0 Mais de 10 cigarros por dia	0 Frequentemente	0 Quase diariamente	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Quase nunca
	Caminho no mínimo 30 minutos diariamente:	Ultrapassei o meu peso ideal em:		Conduzo veículos motorizados depois de beber bebidas alcoólicas:	Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	Relaxo e desfruto do meu tempo livre:	Sinto-me feliz com o meu trabalho e actividades em geral:	Sinto-me triste e/ou deprimido:	No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a protecção do parceiro/a:	
	2 Quase sempre	2 0 a 4 Kg		2 Nunca	2 Menos de 3 vezes por dia	2 Quase sempre	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase sempre	
	1 As vezes	1 5 a 8 Kg		1 Raramente	1 3 a 6 vezes por dia	1 As vezes	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	
	0 Quase nunca	0 Mais de 8 Kg		0 Frequentemente	0 Mais de 6 vezes por dia	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Quase nunca	

SOME OS PONTOS DE TODAS AS COLUNAS E MULTIPLIQUE POR DOIS (2) TOTAL

PEER, UICISA-E, 2011

TENHO UM ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO?

Caros estudantes da ESEnfCVPOA,

Este questionário permite-lhe fazer a autoavaliação acerca do seu estilo de vida e recolher alguma informação pertinente sobre a saúde. A aplicação deste questionário insere-se no projecto PEER Instituições de Ensino Superior Salutogénicas (IESS)

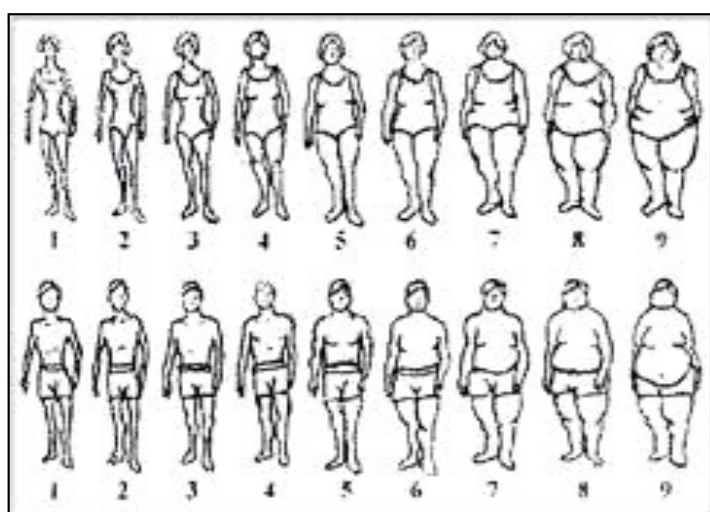
Solicitamos que preencha de forma sincera todas as questões. Garantimos confidencialidade e anonimato na análise e tratamento dos dados e que apenas esta equipa terá acesso aos mesmos, pelo que não serão utilizados para fins alheios a esta intervenção de promoção da saúde.

Caso queira mais esclarecimentos, o nosso contacto é fernandaprincipe@esenfcvpoa.eu

Muito obrigada pela colaboração.

Sexo : M ___ F ___ Nascimento: ___/___/___ Ano ___ Curso _____

1. Das figuras apresentadas, indique o número que representa...



1.1. A forma como se vê ____

1.2. A forma como gostaria de ser ____

1.3. Que número que representa ser saudável? ____

2. Peso _____ Altura _____ IMC _____

3. Assinale com uma cruz a opção com que mais se identifica

	Concordo muito	Concordo	Discordo	Discordo muito
De uma forma geral, estou satisfeito/a comigo mesmo	4	3	2	1
Às vezes penso que não presto para nada	1	2	3	4
Penso que tenho algumas boas qualidades	4	3	2	1
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas	4	3	2	1
Creio de que não tenho grande coisa de que me possa orgulhar	1	2	3	4
Sinto-me, por vezes, verdadeiramente inútil	1	2	3	4
Julgo que tenho, pelo menos, tanto valor como os outros	4	3	2	1
Gostaria de ter mais consideração por mim próprio	1	2	3	4
Bem vistas as coisas, sou levado a pensar que sou um falhado	1	2	3	4
Tenho uma atitude positiva para com a minha pessoa	4	3	2	1
TOTAL				

4. Considera ter vícios/dependências? Sim ___ Não ___ Se sim , quais?

4.1. Quer alterar os seus vícios? Sim ___ Não ___ Talvez ___ 4.2 Se Sim o que precisa de fazer ou ter?

COMO É O SEU ESTILO DE VIDA?

Preencha a grelha considerando a sua vida no último mês..... Some os pontos em cada coluna

1 UBP = 1 bebida fermentada

2 UBP = 1 bebida destilada

F	A	N	T	A		S	T	I	C	O
Família e amigos	Actividade física/ Associativismo	Nutrição	Tabaco	Álcool e outras drogas		Sono e Stress	Trabalho / Tipo de personalidade	Introspecção	Comportamento s de saúde e sexual	Outros comportamentos
Tenho com quem falar dos assuntos que são importantes para mim:	Sou membro de um grupo comunitário e/ou participo em actividades de voluntariado:	Como duas porções de verduras e três de fruta diariamente:	Fumo cigarros:	A minha ingestão média semanal de bebidas alcoólicas (1 UBP=1 bebida) é:	Uso substâncias psicoactivas ilegais, como cannabis, cocaína, ecstasy ou "legal high"(spice, etc):	Durmo bem e sinto-me descansado:	Sinto que ando acelerado e/ou atarefado:	Sou uma pessoa optimista e positiva:	Realizo exames periódicos de avaliação do estado de saúde:	Como peão e passageiro, cumpro as medidas de protecção e/ou segurança pessoal e rodoviária:
2 Quase sempre	2 Frequentemente	2 Todos os dias	2 Não, nos últimos 5 anos	2 0 a 7 bebidas	2 Nunca	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase sempre	2 Sempre	2 Sempre
1 As vezes	1 As vezes	1 As vezes	1 Não, no último ano	1 8 a 12 bebidas	1 Ocasionalmente	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	1 As vezes	1 As vezes
0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Sim, este ano	0 Mais de 12 bebidas	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Quase nunca
Dou e recebo carinho/afectos:	Realizo actividade física (andar, subir escadas ou tarefas domésticas) e/ou pratico desporto durante 30 minutos de cada vez:	Frequentemente como alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou fastfood:	Geralmente fumo cigarros por dia:	Bebo mais de 6 bebidas alcoólicas (UBP) na mesma ocasião:	Uso excessivamente medicamentos que me recitam ou que posso adquirir livremente na farmácia:	Sinto-me capaz de gerir o stress do meu dia-a-dia:	Sinto-me aborrecido e/ou agressivo:	Sinto-me tenso e/ou pressionado:	Converso com o/a parceiro/a, família e/ou amigo/as sobre temas de sexualidade:	Como condutor de carro, bicicleta/mota respeito as regras de trânsito inclusive s/ uso de telemóvel:
2 Quase sempre	2 3 ou mais vezes por semana	2 Nenhum destes	2 Nenhum	2 Nunca	2 Quase nunca	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase nunca	2 Sempre	2 Sempre
1 As vezes	1 1 vez por semana	1 Alguns destes	1 1 a 10 cigarros por dia	1 Ocasionalmente	1 Às vezes	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	1 As vezes
0 Quase nunca	0 Não faço nada	0 Todos	0 Mais de 10 cigarros por dia	0 Frequentemente	0 Quase diariamente	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Frequentemente	0 Quase nunca	0 Quase nunca
	Caminho no mínimo 30 minutos diariamente:	Ultrapassei o meu peso ideal em:		Conduzo veículos motorizados depois de beber alcoólicas:	Bebo café, chá ou outras bebidas com cafeína:	Relaxo e desfruto do meu tempo livre:	Sinto-me feliz com o meu trabalho e actividades em geral:	Sinto-me triste e/ou deprimido:	No meu comportamento sexual, preocupo-me com o bem-estar e a protecção do parceiro/a:	
	2 Quase sempre	2 0 a 4 Kg		2 Nunca	2 Menos de 3 vezes por dia	2 Quase sempre	2 Quase sempre	2 Quase nunca	2 Quase sempre	
	1 As vezes	1 5 a 8 Kg		1 Raramente	1 3 a 6 vezes por dia	1 As vezes	1 As vezes	1 Algumas vezes	1 As vezes	
	0 Quase nunca	0 Mais de 8 Kg		0 Frequentemente	0 Mais de 6 vezes por dia	0 Quase nunca	0 Quase nunca	0 Frequentemente	0 Quase nunca	

SOME OS PONTOS DE TODAS AS COLUNAS E MULTIPLIQUE POR DOIS (2)

TOTAL

PEER, UICISA-E, 2011

ESEnfCVPOA_Álcool, tabaco, outras drogas e sexualidade em contextos recreativos

O presente questionário explora a cultura de diversão e sua relação com o consumo de álcool, tabaco, outras drogas (ATOD) e a saúde sexual e reprodutiva. Este estudo pretende promover um melhor conhecimento sobre comportamentos de risco no contexto recreativo, através de perguntas relacionadas com os seus hábitos recreativos e forma de se divertir, a sua saúde, os seus amigos, os consumos, a sua conduta sexual e percepção de risco. Desta forma será mais adequado promover ações preventivas que contribuam para tornar os ambientes de diversão para os jovens mais seguros e saudáveis. Esta investigação é completamente confidencial, pois os dados serão tratados e analisados automaticamente o que não permitirá fazer qualquer juízo de valor às suas respostas. Caso esteja interessado em responder, pedimos que o faça com sinceridade e honestidade. Obrigada por participar.

Para mais informações, por favor contacte Prof.^a Fernanda Príncipe TM 916132734 ou fernandaprincipe@esenfcvpoa.eu.

*Obrigatório

Passe para a pergunta 1.

Página 1

1. SD0. Indique a cidade/local de residência *

Refere-se ao local onde solicitaram o preenchimento deste questionário

2. SD1.1. Se for estudante, indique o curso/ano que frequenta

3. SD2. Indique o ano do seu nascimento *

4. SD3. Indique o seu género *

Marcar apenas uma oval.

☐ M

☐ F

5. SD4. Indique o seu peso aproximado, em Kg *

6. **SD5. Indique qual o concelho em que vive ***

7. **SD1. Indique a sua profissão ***

Página 2

Questões sobre si

8. **SD6. Estado civil ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Solteiro/a
- ☐ Com namorado/a
- ☐ Casado(a)/união de facto
- ☐ Separado(a)/divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)

9. **SD7. Com quem vive? ***

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Com família (pais)
- ☐ Namorado/a
- ☐ Amigos/as
- ☐ Sozinho/a
- ☐ Numa residência de estudantes
- ☐ Outra:

10. **BP1Senti-me inconodado aborrecido nervoso ***

Indique a opção que pode traduzir como se sentiu ou reagiu durante o último mês

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - Extremamente (ao ponto de não poder trabalhar ou tomar conta das minhas coisas)
- ☐ 1 - Muito
- ☐ 2 - Moderadamente
- ☐ 3 - Algo (o suficiente para me incomodar/aborrecer)
- ☐ 4 - Ligeiramente
- ☐ 5 - Nada

11. BP2. Durante o último mês, quanta energia ou vitalidade sentiu? *

Indique a opção que pode traduzir como se sentiu ou reagiu durante o último mês

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 5 - Senti-me cheio de energia e muito animado/a
- ☐ 4 - Senti que o meu nível de energia variou bastante (com energia a maior parte das vezes)
- ☐ 3 - Senti que o meu nível de energia variou um pouco
- ☐ 2 - Geralmente senti-me com pouca energia e pouco animado/a
- ☐ 1 - Muito pouco animado/a e com pouca energia, na maior parte das vezes
- ☐ 0 - Senti-me esgotado/a. Sem qualquer energia ou ânimo

12. BP3. Durante o último mês, sentiu-se psicologicamente abatido (em baixo)? *

Indique a opção que pode traduzir como se sentiu ou reagiu durante o último mês

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 5 - Nunca
- ☐ 4 - Poucas vezes
- ☐ 3 - Algumas vezes
- ☐ 2 - Uma boa parte do tempo
- ☐ 1 - Muitas vezes
- ☐ 0 - Sempre

13. BP4. Durante o último mês, sentiu-se emocionalmente estável e seguro/a de si próprio? *

Indique a opção que pode traduzir como se sentiu ou reagiu durante o último mês

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - Nunca
- ☐ 1 - Poucas vezes
- ☐ 2 - Algumas vezes
- ☐ 3 - Uma boa parte do tempo
- ☐ 4 - Muitas vezes
- ☐ 5 - Sempre

14. BP5. Durante o último mês, sentiu-se alegre? *

Indique a opção que pode traduzir como se sentiu ou reagiu durante o último mês

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 0 - Nunca
- ☐ 1 - Poucas vezes
- ☐ 2 - Algumas vezes
- ☐ 3 - Uma boa parte do tempo
- ☐ 4 - Muitas vezes
- ☐ 5 - Sempre

15. BP6. Durante o último mês, sentiu-se cansado/a, exausto/a ou desgastado/a? *

Indique a opção que pode traduzir como se sentiu ou reagiu durante o último mês

Marcar apenas uma oval.

- ☐ 5 - Nunca
- ☐ 4 - Poucas vezes
- ☐ 3 - Algumas vezes
- ☐ 2 - Uma boa parte do tempo
- ☐ 1- Muitas vezes
- ☐ 0 - Sempre

16. V1. Onde se situa relativamente às suas ideias políticas?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Extrema Esquerda
- ☐ Esquerda
- ☐ Centro
- ☐ Direita
- ☐ Extrema Direita
- ☐ Sem posição/opinião

17. V2. Como descreve a sua atitude em relação à religião?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Crente mas não praticante
- ☐ Crente e praticante
- ☐ Não crente

18. Tem alguma atividade de voluntariado e/ou de associativismo? *

(Associativismo pode ser religioso, cultural, ambiental ou desporto)

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

Página 3

Questões sobre saídas noturnas

19. N1. Nas últimas quatro semanas quantas vezes saiu à noite? *

Considere "saída" quando objetivo é mais do que só se encontrar com os amigos habituais para um café (por exemplo)

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. **N2. Em que noites da semana costuma sair normalmente?**

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ segunda-feira
- ☐ terça-feira
- ☐ quarta-feira
- ☐ quinta-feira
- ☐ sexta-feira
- ☐ Sábado
- ☐ Domingo
- ☐ Não saio

21. **N3. Quando sai à noite, quantas horas costuma estar fora de casa?**

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. **N4. Quando sai à noite, a quantos cafés/bares/discotecas costuma ir?**

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	>10
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. **N5. Diga os nomes dos locais a que costuma ir com mais frequência, quando sai à noite**

24. **N6. Em média, quanto dinheiro gasta, por noite, quando sai?**

Inclui

25. N7. Quão importantes são para si as seguintes razões, na escolha de um local, quando sai à noite?

Escolho os sitios em função de:

Marcar apenas uma oval por linha.

	1. Não importante	2. Pouco importante	3. Importante	4. Muito importante
Bom local para dançar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tipo de música	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encontrar os amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhecer pessoas novas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fácil seduzir alguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fácil fumar um charro (cannabis) lá dentro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fácil arranjar outras drogas lá dentro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebidas alcoólicas mais baratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sítio seguro (sem violência)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhecer alguém do staff/empregados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambiente muito "louco" (pelas pessoas/música /ambiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Local muito movimentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Local "underground"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fácil acesso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Local/zona onde se situa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poder entrar sem pagar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
WC's limpos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Local sem fumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Página 4

Questões sobre sexualidade

26. S1. Qual a sua orientação sexual? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Heterossexual
- ☐ Homossexual
- ☐ Bissexual
- ☐ Outra: _____

27. S2. Já teve relações sexuais completas?

Entende-se relações sexuais completas quando há penetração genital

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

28. **S3. Que idade tinha quando teve a sua primeira relação sexual?**

Responda apenas se teve relações sexuais

29. **S4. Nos últimos 6 meses, quantos parceiros sexuais teve?**

Responda apenas se teve relações sexuais nos últimos 6 meses e, se teve mais do que três parceiros, assinale a opção 3

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3
_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. **S5. Perguntas relativas ao último ano...**

Responda apenas se teve relações sexuais no último ano, fazendo uma estimativa de frequência

Marcar apenas uma oval por linha.

	0. Nunca	1. Uma vez ou mais	2. Muitas vezes	3. Sempre ou quase sempre
5.1 - Frequência com que teve relações sexuais desprotegidas (sem preservativo) com parceiro ocasional e/ou múltiplos parceiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2 - Frequência com que teve sexo oral sem o uso ,por si ou pelo parceiro/a ocasional e/ou múltiplos parceiros, de preservativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3 - Frequência com que teve relações sexuais sem o uso, por si ou pelo parceiro/a habitual, de preservativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.4 - Frequência com que teve relações sexuais sem o uso, por si ou pelo parceiro/a habitual, de contraceptivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.5 - Frequência com que teve relações sexuais sob o efeito de álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.6 - Frequência com que teve relações sexuais sob o efeito de drogas ilegais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. **S6. Usa drogas lícitas ou ilícitas para ter relações sexuais?**

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

32. S9. Algum destas situações o levou a decidir não ter relações sexuais?

Responda apenas se já teve relações sexuais e se teve relações sexuais no último ano. Assinale todas as razões que considere aplicar-se

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ S9.1 - Não ter preservativos
- ☐ S9.2. Achar que não era a pessoa certa
- ☐ S9.3. Não ter acesso a um local limpo e com o mínimo de conforto
- ☐ S9.4. Ter bebido ou consumido drogas em demasia
- ☐ S9.5. Pensar que podia contrair alguma IST's
- ☐ S9.6 Por receio de uma possível gravidez
- ☐ Outra: _____

33. S10. Em relação ao sexo, usa habitualmente álcool e/ou outras drogas, para obter os seguintes efeitos? Se não usa não responda a esta questão

Responda apenas se usa álcool e/ou outras drogas para obter estes efeitos. Se é o seu caso, assinale todas as que se aplicarem a diferentes substâncias

Marcar apenas uma oval por linha.

	Álcool	Cannabis	Cocaína	Ecstasy	Outras
10.1. Prolongar o ato sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.2. Potenciar o prazer sexual (ter mais excitação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.3. Para facilitar o início das relações (desinibir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.4. Ajudar a ter práticas sexuais invulgares ou muito mais excitantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. S11. Acredita que estar sob o efeito de drogas ou álcool ou o influência a ter relações sexuais desprotegidas?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

35. **S12. Considera-se risco sexual a probabilidade de, na conduta sexual, contrair infeções sexualmente transmissíveis (IST's), ter/provocar gravidez não planeada ou ainda ter sexo indesejado. Considera-se...**

Responda se já teve relações sexuais e se teve relações sexuais no último ano
Marcar apenas uma oval por linha.

	0. Sem risco	1. Pouco Risco	2. Algum Risco	3. Bastante Risco	4. Elevado Risco
Envolver-se em comportamentos de risco sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envolver-se em comportamentos de risco sexual por causa do uso de álcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envolver-se em comportamentos de risco sexual por causa do uso de outras drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. **S13. Que estratégias usa para reduzir o risco sexual?**

Considera-se risco sexual a probabilidade de, na conduta sexual, contrair infeções sexualmente transmissíveis (IST's), ter/provocar gravidez não planeada ou ainda ter sexo indesejado.

37. **S14. Caso se envolvesse em situação de elevado risco sexual (por exemplo, sexo ocasional sem preservativo ou rompimento do preservativo durante a relação) o que faria?**

Considera-se risco sexual a probabilidade de, na conduta sexual, contrair infeções sexualmente transmissíveis (IST's), ter/provocar gravidez não planeada ou ainda ter sexo indesejado.

Página 5

Questões sobre consumo de álcool, tabaco e outras drogas

Considere que uma bebida alcoólica é 1UBP, que corresponde a uma cerveja 341ml a 5% ou a um copo de vinho 142ml a 12% ou a um aperitivo 85ml a 20% ou a uma dose de bebida destilada 43ml de 40%.

38. A1. Considerando o seu consumo de bebidas alcoólicas, como se classificaria? *

Assinale a opção que mais se identifica

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 0. Nunca consumi bebidas alcoólicas
- ☐ 1. Não consumo bebidas alcoólicas
- ☐ 2. Consumo bebidas alcoólicas ocasionalmente
- ☐ 3. Consumo bebidas alcoólicas 1 ou 2 vezes por mês
- ☐ 4. Consumo bebidas alcoólicas 1 ou 2 vezes por semana
- ☐ 5. Consumo bebidas alcoólicas diariamente ou quase

39. A2. Considerando o seu consumo de bebidas alcoólicas, com que frequência consumiu mais de cinco bebidas alcoólicas (5UBP) numa só ocasião? *

Responda a esta questão se já alguma vez bebeu, assinalando a opção com que mais se identifica

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 ou 1 vez	2 a 5 vezes	6 a 10 vezes	11 a 15 vezes	mais de 15 vezes
1. Na última semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. No último mês	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. No último ano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Na sua vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. A3. No último mês, quantas vezes se embriagou? *

Considere embriaguez a incapacidade de falar, andar e agir corretamente, vomitar ou não se lembrar do que aconteceu, após ingestão de grande quantidade de bebidas alcoólicas

Marcar apenas uma oval por linha.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	mais de 10
Linha 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. **A4. Considerando o último ano, teve algum destes seguintes problemas devido ao consumo de álcool?**

Responda apenas se consome bebidas alcoólicas

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não
A4.1. Acidente rodoviário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.2. Magoei-me/fiquei ferido (por qualquer outro acidente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.3. Tive problemas com a polícia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.4. Falta de dinheiro ou dívidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.5. Senti-me doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.6. Arranjei discussões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.7. Tive problemas com os meus pais ou familiares próximos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.8. Tive problemas com amigos ou namorado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.9. Tive problemas na escola/trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.10. Lutas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.11. Tive uma relação sexual da qual mais tarde me arrependi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AS.12. Maltratei o/a meu/minha namorado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4.13. Fui maltratado/a pelo meu/minha namorado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. **A5. Considerando uma saída habitual, qual é o seu consumo de bebidas alcoólicas?**

Assinale a quantidade de bebidas de acordo com o tipo de bebida

Marcar apenas uma oval por linha.

	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6 a 7	8 ou mais
1 - cerveja 341ml a 5%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - copos de vinho 142ml a 12%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - um aperitivo 85ml a 20%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- bebida destilada 43ml de 40%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - shot 43ml de 40%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. D1. Quais as seguintes substâncias usa (ou usou) e com que regularidade?

Para cada substância, assinale a opção que mais se adequa à sua situação.

Marcar apenas uma oval por linha.

	0. Nunca	1. Experimentei uma ou duas vezes e não voltei a consumir	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma a três vezes por mês	4. Semanalmente ou quase
Tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecstasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LSD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfetaminas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GHB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ketamina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Popper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cogumelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tranquilizantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. D2. Considerando as substâncias que consumiu, refira em que idade experimentou e em que contaxto consome

Ex: Tabaco aos 14 anos. Fumo quando bebo.

Cannabis aos...

45. D3. No final de uma saída, consome alguma substância (lícita ou ilícita) que o/a ajude a relaxar/dormir?

Responda sim/não e, se sim, indique qual(is) a substância(s)

Página 6

Questões sobre os amigos

46. F1. Tendo em conta as últimas vezes que saiu à noite, com quantos amigos costuma normalmente sair?

Marcar apenas uma oval por linha.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou mais amigos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. F2. Normalmente sai à noite com o mesmo grupo de amigos?*Marcar apenas uma oval.*☐ Sim☐ Não**48. F2.1. Se não, quantos grupos de amigos diferentes tem?***Marcar apenas uma oval por linha.*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 ou mais
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. F3. Os seus pais/família conhecem os amigos com quem geralmente sai à noite?*Marcar apenas uma oval.*☐ Sim☐ Não**50. F4. Além dos amigos com quem sai à noite, tem outros amigos com quem não costuma sair à noite?***Marcar apenas uma oval.*☐ Sim☐ Não**51. F5. Em relação aos seus amigos e ao uso de álcool e drogas ilícitas...***Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não
F5.1. Algum dos seus amigos deixou de o ser, devido ao seu uso de álcool ou drogas ilícitas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F5.2. Distanciou-se de algum amigo por causa do consumo exagerado de álcool e outras drogas ilícitas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F5.3. Pensa que ter drogas ilícitas ou consumi-las lhe permite ter mais amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F5.4. Pensa que ter drogas ilícitas ou consumi-las lhe permite ter mais sucesso com o sexo oposto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. O1. Já consumiu "Legal High" ou dita "droga legal"?*Marcar apenas uma oval.*☐ Sim☐ Não☐ Não sei o que é isso

53. **01.1. Se sim, que substância(s) consumiu?**

54. **02. Já entrou numa "Smart Shop"?**

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei o que é isso

55. **03. Qual a sua opinião sobre o consumo de "Legal High", dita "droga legal"?**

56. **04. Tendo em conta a sua vivência da "noite", qual considera ser o maior perigo associado às saídas noturnas?**

57. **05. Indique como evitar a intoxicação alcoólica aguda (bebedeira)**

Descreva estratégias, mesmo que não consuma bebidas alcoólicas

Página 7

Obrigado pela sua colaboração!

Sugestões ou opiniões

Se pretender dar sugestões ou opiniões sobre este questionário, por favor envie um email para fernandaprincipe@esenfcvpoa.eu.

ANEXO V: Entrevistas

Guião de entrevista aos órgãos de gestão, representantes dos estudantes e docentes, coordenador do gabinete de investigação e desenvolvimento e líder comunitário representante do poder local

1. Integração com a missão da Instituição do Ensino Superior
Considera que a missão e os valores da escola integram conceitos ou expressões que estão relacionados com a promoção da saúde?
Tem conhecimento de evidências no plano de desenvolvimento estratégico da Escola direcionadas para a promoção da saúde da comunidade académica?
Quais as iniciativas de promoção da saúde que foram desenhadas para apoiarem o sucesso académico?
Foi realizada pesquisa que demonstra o efeito dos comportamentos individuais e fatores ambientais no sucesso académico?
2. Prática de abordagem socioecológica
Tem conhecimento da utilização do modelo PRECEDE-PROCEED na implementação do PEER-ISS?
O desenho das intervenções de promoção da saúde visa a transformação do contexto académico? Utiliza iniciativas multidimensionais?
Há evidência de interrelações e interdependências dos membros e sistemas da IES com a comunidade? Identifique as parcerias ou projetos comuns?
3. Prática colaborativa
Foram estabelecidas parcerias interdisciplinares na Escola e na comunidade que melhorem as iniciativas de promoção da saúde?
4. Competência cultural
Quais as intervenções de promoção da saúde direcionadas para às diferenças sociais e culturais que influenciam a saúde?
De que forma considera que as iniciativas de promoção da saúde são proativas e sensíveis às necessidades e preferências de uma população diversificada?
Foram criadas oportunidades para uma melhor compreensão entre cultura, identidade e justiça social como determinantes da saúde?
5. Prática baseada na teoria
Foram utilizados referenciais teóricos de fontes interdisciplinares na conceção e implementação das iniciativas de promoção da saúde?
Os programas de promoção da saúde são avaliados em função dos resultados esperados?
6. Prática baseada na evidência
As iniciativas de promoção da saúde baseiam-se em práticas com eficácia demonstrada?
As iniciativas de promoção da saúde têm objetivos e metas mensuráveis?
Foram utilizados métodos qualitativos e quantitativos na avaliação dos programas de promoção da saúde?
Os resultados da avaliação dos programas de promoção da saúde são disseminados na IES e aos parceiros comunitários?
7. Aperfeiçoamento profissional e prática ética
Foram aplicados os princípios éticos para a prática da promoção da saúde?
Os gestores dos projetos participam regularmente em atividades de desenvolvimento profissional?
Os gestores dos projetos apoiam os outros no reforço das suas competências de promoção da saúde?
A IES contribui profissionalmente para o domínio da promoção da saúde?
Guião de entrevista ao “GRUPO SEMENTE”
8. Pesquisa-ação participativa.
Considera que existe uma visão compartilhada da saúde como responsabilidade de todos os membros da escola?
A pesquisa inclui docentes, estudantes, não docentes e comunidade abrangente? O que facilitou a criação/manutenção/alargamento do grupo semente? O que dificultou a criação/manutenção/alargamento do grupo semente?
Considera que a relação entre os pesquisadores e o grupo-alvo é participativa? (contratual, consultiva, colaborativa ou colegial)
A base para a seleção dos programas de promoção da saúde são as necessidades identificadas, com processos de consenso participativo e de acordo com as prioridades locais?
Nos programas de promoção da saúde é analisado o processo e o impacto?
O diálogo é valorizado para a resolução dos problemas de acordo com as necessidades e cultura da comunidade educativa?
O conhecimento é partilhado com as instituições e/ou os participantes?
Foram criadas políticas a partir dos programas de promoção da saúde?

**ANEXO VI: Autorização do Presidente do Conselho de Direção da
ESe nfCVPOA**



Exma. Senhora

Professora Fernanda Príncipe

Oliveira de Azeméis, 05 de março de 2012

N/Ref.^a CDIR.006/2012

Assunto: Doutoramento "*Contributos da Investigação Ação Participativa na Transformação de uma Escola Superior de Enfermagem num Contexto Promotor de Saúde*"

Comunicamos que se encontra autorizado o estudo de investigação, acima mencionado, a realizar nesta instituição, bem como o acesso a toda a documentação necessária para a sua concretização.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho Direção


Henrique Pereira




Rua da Cruz Vermelha – Cidacos – Apartado 1002 / 3720-126 Oliveira de Azeméis

www.esenfcpvpoa.eu

ANEXO VII: Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Contributos da investigação ação participativa na transformação de uma Escola Superior de Enfermagem num contexto promotor de saúde

Eu, abaixo-assinado _____ fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado visa avaliar o processo de transformação de uma escola superior de enfermagem numa instituição de ensino superior promotora de saúde, através da utilização do modelo PEER-IESS e analisar os contributos do envolvimento dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem na pesquisa-ação participativa em saúde na aquisição de competências para o exercício da profissão.

Sei que neste estudo está prevista a realização de questionários, entrevista e *Focus Groups* (*Worldcafé*) que visam a caracterização do Perfil de saúde de estudantes, docente e não docentes, a identificação da vulnerabilidade da comunidade estudantil nas festas académicas e o risco em contextos recreativos da comunidade estudantil e ainda a avaliação dos contributos do processo de implementação do PEER-IESS na aquisição de competências para o exercício da profissão.

Foi-me garantido que a confidencialidade será mantida. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Nome do Participante no estudo _____

Data Assinatura

____/____/____

Nome do Investigador Responsável: Fernanda Príncipe

Data Assinatura

____/____/____

ANEXO VIII: Autorização dos autores dos questionários



Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira
Doutoramento em Ciências de Enfermagem
Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

Assunto: Autorização para utilização do instrumento “Questionário Risco em Contexto Recreativo”

Fernando Joaquim Ferreira Mendes, Presidente do IREFREA Portugal, vêm por este meio autorizar a utilização do instrumento “Questionário Risco em Contexto Recreativo”, pela estudante Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, para o estudo que irá efectuar no âmbito do seu Doutoramento.

Coimbra, 3 de outubro de 2012

Fernando Joaquim Ferreira Mendes



Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira
Doutoramento em Ciências de Enfermagem
Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar

Assunto: Autorização para utilização do instrumento “Questionário Estilo de Vida Fantástico”

Armando Manuel Marques Silva e Irma da Silva Brito, Professores Adjuntos na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vêm por este meio autorizar a utilização do instrumento Questionário Estilo de Vida Fantástico, pela estudante Fernanda Maria Príncipe Bastos Ferreira, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis, para o estudo que irá efectuar no âmbito do seu Doutoramento.

Coimbra, 3 de outubro de 2012

Armando Manuel Marques Silva

Irma da Silva Brito

Irma da Silva Brito